

明神町リハ・整形クリニック 紹介患者予約申し込み用紙 (FAX用)

年 月 日

※受付時間

月・火・木・金曜日 8:30~12:00
 15:00~18:30
 水・土曜日 8:30~12:00

明神町リハ・整形クリニック
 FAX 084-959-5456
 TEL 084-959-5455

●貴施設

ご施設名 _____

住所 _____

医師氏名(診療科) _____

TEL () - _____

FAX () - _____

ご担当者様(部署) _____

●患者基本情報

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____ 電話番号 () - _____		
保険情報 (労災 ・ 交通事故 ・ どちらでもない)		介護保険 (有 ・ 無)	
※リハビリ患者の紹介のみ下記をご記載ください			
リハビリ病名 ()		起算日 (/)	

●受診希望日時

① 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃

② 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃

③ 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃

●紹介目的、依頼内容、症状等ご記入ください (診療情報提供書の添付がある際は記載不要です)

ご紹介ありがとうございました。
 折り返し FAX にて「予約票」をお送りいたします。ご確認宜しくお願い致します。