

◆ ◆ FAX受付時間：平日8:30～17:00（休診日/土・日・祝・年末年始） ◆ ◆

恐れ入りますが、この申込書と一緒に“診療情報提供書・検査データ”の送付もお願い致します。

患者ID		紹介元医療機関名  ( 担当者名 ) 電 話 番 号 F A X 番 号 医 師 氏 名
フリガナ		
患者氏名	( 男 ・ 女 )	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
住 所	〒	
TEL:(自宅)	(携帯)	

相談者氏名		患者様との関係		連絡先 (携帯番号)	
相談に来られる方	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人と家族と一緒に <input type="checkbox"/> 家族のみ				
希望日時	第1希望	月	日( )	都合の悪い 日時	
	第2希望	月	日( )		
	第3希望	月	日( )		
相談内容	病名、または症状(現状でわかる範囲でご記入下さい。)				
	その他(現在までの経過や聞きたいことを具体的にご記入下さい。)				

希望する診療科 医師名	診療科		<input type="checkbox"/> 患者様 待機中 <input type="checkbox"/> 患者様 帰宅 ※相談実施日時は、担当医師と相談の上 ご連絡いたします。
	医師名		