

診察等申込依頼票

平成 年 月 日

八幡中央病院 地域連携室宛 FAX 075-971-0670 TEL 075-983-0119

貴医療機関名
貴院住所 / 医師氏名
TEL / FAX

ふりがな	男・女	生年月日
患者氏名 様	女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所 〒	TEL()	—
現在貴院では	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	
受診診療科・検査	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 (<input type="checkbox"/> 前立腺生検) <input type="checkbox"/> 糖尿病科 <input type="checkbox"/> 甲状腺科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤外科	
受診希望日	年 月 日 ()	
診察希望医師	医師	
病名		
紹介目的等		

患者様保険情報

保険者番号								記号・番号		
続柄	本人・家族						一部負担金の割合		割	
資格取得日	年	月	日	有効期限	年	月	日			
公費負担者番号							公費受給者番号			

医療法人社団 医聖会 八幡中央病院 〒614-8071 京都府八幡市八幡五反田39-1
(代表) TEL 075-983-0119 FAX 075-983-0310
(地域連携室) TEL 075-983-0119 FAX 075-971-0670
受付時間 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時