

FAX受診申込書

診療体制は変更する場合がありますので、ホームページ等でご確認の上お申し込みください

社会医療法人 孝仁会

釧路孝仁会リハビリテーション病院

地域連携室 FAX 0154-54-0860

申込日：令和 年 月 日

【ご紹介元医療機関様】

所在地 _____

医療機関名 _____

主治医 _____

TEL: _____ FAX: _____

送信担当者 (_____)

希望診療科	脳神経外科・循環器内科・心臓血管外科・その他(_____)		
傷病名・症状			
発症日		入院外来区分	入院・外来
紹介理由	1.検査・診断 2.治療 3.その他 (_____)		
受診希望日			
ペースメーカー 有・無	非磁性クリップ 有・無	磁性クリップ 有・無	
MRI撮影の可否	可能 ・ 不可能 ・ 不明		
ADL	独歩・ 杖 ・ 車椅子 ・ ベッド		

フリガナ			
患者氏名	様	男・女	
生年月日	年 月 日	(_____) 歳	
住所	〒 _____ - _____		
連絡先	(_____)	ー	
保険情報	国保・被用者保険・後期高齢・労災・自賠・生保・その他		
保険者番号			本人・家族
記号番号			
公費負担番号			
記号番号			

※受付時間 月曜日～金曜日（土日祝祭日除く） 9:00～16:00

受付時間以外の申し込みや確認を要する場合は後日の対応となります。

予約が完了しましたら「診療予約票」をFAXしますので予約票を患者様にお渡しください

受診当日は予約票・保険証等（マイナンバーカード）・紹介状・お薬手帳を受付に提出してください

釧路孝仁会リハビリテーション病院 地域連携室 TEL 0154-54-2500（代表）