

FAX 受診申込書

社会医療法人孝仁会 釧路脳神経外科

FAX : 0154-39-0860

＜ご紹介元医療機関様＞

所在地 _____

医療機関名 _____

主治医 _____

TEL : _____ FAX : _____

＜申込年月日＞

平成 年 月 日

傷病名・症状					
発症日	平成 年 月 日	入院外来区分	入院・外来		
紹介理由	1.検査・診断 2.診療 3.その他 ()				
受診希望日	第1希望	月 日	第2希望	月 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

フリガナ					
患者氏名	様			男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳
住所	〒				
電話	() -				
保険者番号				被保険者との続柄 本人・家族	
記号番号					
公費負担番号			公費負担番号		
受給者番号			受給者番号		

＜受診 FAX 受付案内＞

釧路脳神経外科 FAX : 0154-39-0860 TEL : 0154-37-5512 (代表)

受付時間 月曜～金曜日 (土日祝祭日除く) 9:00～16:00

受付時間以外の申込につきましては、翌日もしくは休み明けの対応となります。

※診療科は脳神経外科のみとなります。

※予約日が決まり次第「診療受付確認票」を FAX 致します。「予約票 (患者様用)」を患者様にお渡し下さい。