

## ベリタス病院 診療予約申込書 (診療情報提供書)

年 月 日  
FAX:072-793-2755

紹介元医療機関名:	紹介元医師名:	
住所:	TEL:	FAX:

患者情報	フリガナ	当院受診歴 無・有 (ID: )
	氏名	生年月日 大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	様 (男・女)	平成・令和
〒	住所	TEL:

紹介的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院
診療科	<input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 心不全教育入院(循環器科) <input type="checkbox"/> 消化器外来 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 消化器・一般外科 <input type="checkbox"/> 肛門外来 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 足・足関節疾患センター <input type="checkbox"/> 脊椎外来 <input type="checkbox"/> 膝外来
医師希望名	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり ( 医師)
希望日	① 月 日 ( ) ② 月 日 ( ) ③ 月 日 ( )

※診療曜日等詳しくは『外来診療医師一覧表』を参照、または地域医療連携室(072-793-7890(代表))までお問い合わせください。  
※内科診察は予約制ではございません、受付時間内に直接ご来院下さい。

主訴	
症状経過・治療経過・検査結果・処方・備考	

別紙があれば添付をお願いします。 ※診療情報提供書、検査記録など原本は当日ご持参ください。

来院方法等	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他
状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他

※平日17時・土曜12時以降のお申し込みは翌業務日にお返事いたします。

※保険証、診療情報提供書(当書式原本含む)は必ず患者様来院時にお持ちください。