

伊藤整形・内科あいちスポーツ・人工関節クリニック 診療予約申込書

医療機関より電話でご連絡の上、予約申込書と情報提供書のFAXをお願いします。

TEL 0587-92-3388 FAX 0587-92-3304

受付日時 8:30~17:00 (木日祝を除く)

■患者さんの情報をご記入ください

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		年		月		日
郵便番号		当院診察券番号() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
住所									
電話番号		携帯番号							

【保険記入欄】

保険者番号		公費負担区分	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 精			
記号番号			<input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> その他 ()			
被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養	公費負担番号				
自己負担割合	()割	受給者番号				

■紹介元医療機関 様

医療機関名	
所在地	
担当医師名	
電話番号	
FAX番号	

■ご希望内容に✓を入れてください

専門外来希望	<input type="checkbox"/> 膝関節(野崎医師) 診療:金曜日 <input type="checkbox"/> 肩・肘関節(土屋医師) 診療:金曜日 <input type="checkbox"/> 股関節(坂井医師) 診療:金曜日 <input type="checkbox"/> 手の外(勝田医師) 診療:土曜日 ※一般整形・脊椎専門外来は”あいちせぼね病院”へご紹介をお願いします。		
受診希望日	月	日	曜日
<input type="checkbox"/> 無	月	日	曜日
	月	日	曜日