

紹介医療機関名称	医師名	TEL FAX
----------	-----	------------

・希望診療科に○を付けて下さい

整形外科 ・ リウマチ科 ・ 内科 ・ 循環器科 ・ 神経内科 ・ 皮膚科 ・ リハビリ科

・受診希望日

・希望医師

年	月	日 ()	:	医師
---	---	-------	---	----

・主訴または傷病名 (紹介状は事前にFAX又はまめネットで送信ください)

・希望内容に○を付けて下さい

・診察を希望	・MRIを希望
・診察とMRIを希望	・CTを希望
・診察とCTを希望	・DEXAを希望

・患者基本情報 (必ずフリガナをご記入下さい)

フリガナ		男・女	旧姓	生年月日	T S H R	当院受診歴	有・無
患者氏名				年 月 日			
電話番号	(☎)			(☎)			
患者住所	(〒 —)						

・被保険者証

保険者番号		資格取得年月日・期限	
記号 ・ 番号		本人・家族 (被保険者氏名)	()
負担割合	1割 2割 3割		

・公費負担医療受給者証

公費負担者番号		
受給者番号		有効期限

折り返し、予約票をFAX致します。患者さまに紹介状・予約票をお渡し下さい。
受診当日は2番受付にお越し下さい。