

春日井整形あさひ病院 診療申込書

【本紙と一緒に「診療情報提供書」をFAX送信願います。また、当日は原本を必ず持参ください】

令和 年 月 日

春日井整形あさひ病院 行

医師指定： 無 ・ 有

(医師)

F A X : 0568-85-8020 (代表)

紹介元医療機関

住所

医療機関名

医師名

TEL

FAX

受診希望日 (原則 3 平日以上先でご記入下さい)

- ☐ 希望日あり 第1希望 月 日 (曜日) 時頃
第2希望 月 日 (曜日) 時頃
第3希望 月 日 (曜日) 時頃
☐ 希望日なし

紹介患者情報 (患者氏名・生年月日・住所等は貴院の様式でFAXいただいても問題ありません)

フリガナ		性 別		大正 昭和 平成 令和
患者氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 -			
電話番号 (1)		電話番号 (2)		

※必ず連絡可能な電話番号を記載願います。当院より予約日時調整の電話をさせていただきます。

緊急性の有無・伝達事項・画像データの有無

医学的な緊急性	☐ 緊急性あり ☐ 準緊急 ☐ 緊急性なし
伝達事項(ご希望、連絡事項等ありましたらご記入ください)	
画像データ持参の有無	☐ 有 ☐ 無

※当院使用欄

受診日時 月 日 ()
時 分

〒486-0819 愛知県春日井市下原町字村東2090番地

医療法人 三仁会 春日井整形あさひ病院

TEL:0568-85-0077(代表) FAX:0568-85-8020