

診察申込依頼票

申込日： 年 月 日

八幡中央病院 患者サポートセンター宛 FAX:075-971-9009 TEL:075-983-0505

貴医療機関名	
貴院住所 / 医師氏名	
貴院TEL / FAX	

ふりがな	男	生年月日
患者氏名 様	・	明治・大正・昭和・平成・令和
	女	年 月 日 (歳)

住所： 〒

TEL： () —

現在貴院では	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中
--------	---

当院の受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
--------	---

受診診療科	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 腎不全外来 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 不整脈外来
	<input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 内分泌・甲状腺 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科
	<input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 検査のみ ()
※内科 / 整形外科 / 外科 / 眼科 は予約制ではございません。	

受診希望日①	年 月 日 ()	時頃
--------	-----------	----

受診希望日②	年 月 日 ()	時頃
--------	-----------	----

診察希望医師	() 医師 ・ 希望なし
--------	---------------

病名	
----	--

紹介目的等	
※事前に診療情報提供書のFAXを頂ける場合は、あわせてご送付ください。	

患者様保険情報 (保険情報のコピーでも構いません)

保険者番号		記号・番号	
続柄	本人・家族	一部負担金の割合	割
資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
公費負担者番号		公費受給者番号	
資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
その他	労災・生活保護・交通事故・その他 ()		

医療法人社団 医聖会 八幡中央病院 〒614-8071 京都府八幡市八幡五反田39-1

(代表) TEL 075-983-0119 FAX 075-983-0310

患者サポートセンター TEL 075-983-0505 FAX 075-971-9009

受付時間 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時(祝日除く)