

# 上田病院・診療申込書

## ◆ 受診希望日

① 月 日 ( 曜 )

② 月 日 ( 曜 )

特に希望なし

都合の悪い日( )

## ◆ 診療申込

希望受診科 科

指名医師名 医師

## ◆ 依頼元機関

所在地

名称

TEL

FAX

担当者名

## ◆ 病名・紹介目的

---

---

## ◆ 患者情報

当院受診歴 ( 有 ・ 無 ・ 不明 )

ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日 ( 歳 )	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
現状: 施設入所中 ・ 自宅	移動方法: 歩行 ・ 車いす ・ ストレッチャー		
住所(〒 )	電話番号(必ずご記入ください) 携帯 — — 自宅 — —		
保険者番号	記号	番号	有効期限
公費負担番号	公費受給者番号		

## ◆ 注意事項

\* 診療情報提供書とともにFAXしてください。

\* ご不明な点はお問い合わせください。

## 【 上田病院 地域連携室 】

TEL 06-6334-9441 (直通)

FAX 06-6151-3718 (直通)

TEL受付時間

平日

9時00分～16時30分

土曜日

9時00分～11時30分