

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 06-6151-3158 (直通)

FAX 06-6152-8532 (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