

石切生喜病院 放射線治療・診察 予約依頼書

放射線治療 科 医師

紹介元医療機関の名称・所在地
(注) 必ずご記入ください。

医療機関名：
医師名：
所在地：
TEL: FAX:

診察日： ① 月 日 () 時 分～
① 月 日 () 時 分～

依頼項目：
・放射線治療診察
・セカンド オピニオン ・その他

病名：

治療部位： 告知： ・有 ・無

治療開始希望日： ・ 月 日 ・ 早急に ・ 特に希望なし

抗癌剤併用の有無： ・ 有 ・ 無

移動一般状態： ・ 歩行可能 ・ 車椅子 ・ 担送

外来治療の可否： ・ 可 ・ 否

本予約依頼書に、可能な限り御記入いただき、貴院からの紹介状と共に FAXで御返信をお願い致します。

●患者基本情報 (当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい ID:)

フリガナ	生年月日
患者氏名 様 男・女	M・T 年 月 日 S・H
住所	TEL

●保険情報 (保険情報は、ご記入いただくか、保険証等をFAXして下さい。)

被保険者証

保険者番号	保険者・事業所名		
記号・番号	資格取得日	被保険者との続柄	本人家族
被保険者 氏名	負担割合	割	有効期限

公費受給者票

負担者番号	有効期限	負担者番号	有効期限
受給者番号	負担割合	受給者番号	負担割合

※患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡しく下さい。

診察日には初診の手続き後に、地域医療連携室へ御案内をいたします。

石切生喜病院 地域医療連携室
直通 TEL : 072-988-3284
直通 FAX : 072-988-3624

予約受付時間 (祝日は除く)
月～金 9:00～19:30
土 9:00～12:00