

ひろスポーツクリニック 診療・検査予約申込書

FAX (050)3174-4262

※ 以下ご記入のうえ、FAX送信してください。

※医療機関専用です、個人様からの予約はお受けしていません。

◆予約回答待ち状況◆

患者外来待機中の場合チェック

申込日 令和 年 月 日

貴院情報

住所 〒

TEL

FAX

診療科

ご担当医師

申込ご担当者名

【患者様情報】

氏名	フリガナ	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日(歳)
	男・女	TEL	()	
紹介目的	■診療(ご希望医師:) ■MRI(部位:) ■CT(部位:) ■リハビリ(部位:) ■その他()	紹介内容	病名・臨床症状など 画像持込(有・無)	
希望日	第1希望 月 日() AM・PM 第2希望 月 日() AM・PM ご都合の悪い日時()			
手術	A. 手術の依頼 B. 手術の必要性の相談 C. 手術については想定なし D. わからない			
摘要				
主保険	保険者番号	記号	番号	本人・家族
併用保険	保険者番号	受給者番号	種別	
			老・乳・()	

※自賠責保険・労災保険使用時は、摘要欄にご記入お願い致します。

※※説明文※※

医療機関の方へ

当院では、医療機関様から直接ご連絡頂いた場合に限り、診療予約をお受けしております。
診療予約申込書に必要事項をご記入頂き、紹介状と合わせて当院までFAXをお願い致します。
予約完了後、ご担当者様へ連絡させていただきます。
お急ぎや詳細を確認されたい場合は診療時間内に直接当院宛にお電話をお願い致します。
(TEL:079-556-7733)
診療時間外のお申込みについては、翌業務日以降のお返事となりますのでご了承下さい。