

FAX 専用 関節リウマチ 診療予約申込書

年 月 日

※本紙を**診療情報提供書**とともに地域ネットワークセンターまでご送付ください。

大阪刀根山医療センター
地域ネットワークセンター 宛

FAX **06-6844-8778**

TEL 06-6853-2090 (直通)
06-6853-2001 (代表)

受付時間：平日 9:00~18:00
(木曜日のみ 9:00~17:00)

※17時以降のお申込に対するお返事は翌営業日以降になります。

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承ください。

●当院でのご希望をお知らせください。

- | | | |
|--|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> リウマチ治療の一任 (診断・治療) | → | リウマチ科予約 |
| <input type="checkbox"/> 生物学的製剤導入 | | |
| <input type="checkbox"/> 初回投与まで | → | リウマチ科予約 |
| <input type="checkbox"/> 自己注射移行まで | → | リウマチ科予約 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患のスクリーニングのみ | → | 呼吸器内科予約 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患の評価・治療 | → | 呼吸器内科予約 |
| <input type="checkbox"/> 手術加療 (内容:) | → | リウマチ科予約 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | → | 呼吸器内科 / リウマチ科予約 |

●今後の治療方針についてお知らせください。

- 当院での評価・治療後、貴院での治療継続
 当院での治療のみ
 貴院および当院での併診 ()

● 診察券 (有 ・ 無) ID番号

--	--	--	--	--	--

フリガナ			生	大・昭・平・令		
氏 名		男 女	年 月 日	年	月	日
住 所	(〒 —)					
電話番号						
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 ()					

※持参資料、診療情報提供書(原本)は患者さまが受診日にお持ちいただく様にお願い致します。