

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9:00～19:00
(木曜日のみ9:00～17:00)

※受付時間以降のお申し込みは翌日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。

リウマチ治療の一任（診断・治療）

生物学的製剤導入

初回投与まで

自己注射移行まで

呼吸器疾患のスクリーニングのみ

呼吸器疾患の評価・治療

手術加療（内容：

その他（

●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

〒番号：

ご住所：

医療機関名：

電話番号：

FAX番号：

医師名：

担当者名：

受診

希望日

→ リウマチ科予約

→ リウマチ科予約

→ リウマチ科予約

→ 呼吸器内科予約

→ 呼吸器内科予約

→ リウマチ科予約

→ 呼吸器内科 / リウマチ科予約

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明・大・昭・平		
氏名				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。