診療申込用紙 (FAX・郵送用)

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日	年 齢
患者氏名		男・女	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	歳
住 所	〒 -	連絡先	名前 (続柄) 様 ()	
			電話番号 - -	
病 名 (診 断 日)	S・H 年 月 日			
	S・H 年 月 日			
通院中の医療機関	最終受診日：H 年 月 日			
	次回予約日：H 年 月 日			
手 術 歴	なし・あり	S・H 年 月 日 術式：		
		医療機関名：		
放 射 線 歴	なし・あり	S・H 年 月 日～ 年 月 日		
		回数： 回 部位：		
化学療法歴	なし・あり	手術前： S・H 年 月 日～ 年 月 日 クール		
		手術後： S・H 年 月 日～ 年 月 日 クール		
相談されたい内容 (なるべく詳しくお書きください)				
現在の症状 (なるべく詳しくお書きください)				
紹介状はすでにお手元にありますか (ある ・ ない)				

以下、病院記入欄

予約日時	年 月 日 () 時 分	予約医師	先生
診察目的	☐ 代替療法 ☐ 漢方薬 ☐ 転医 ☐ 一般受診 ☐ その他 ()		予約者

〒350-0021 埼玉県川越市大字大中居545番地

医療法人直心会 帯津三敬病院 担当者 行

FAX : 049-235-8063