

年 月 日

## 診察申込依頼書

医療法人清翠会 牧整形外科病院  
地域連携室 宛

FAX : 06-6786-6203 (直)  
TEL : 06-6786-6202 (直)

傷害部位			希望医師名		
紹介元医療機関名			紹介元医師名		
紹介元住所	〒				
紹介元TEL			紹介元FAX		
受診目的	※診療情報提供書がございましたら別紙添付お願いします。				
既往歴					
受診希望日	第一希望日	年      月      日			当院での受診歴
	第二希望日	年      月      日			有    •    無

※希望日無しの場合は第一希望日、第二希望日は空白にして下さい。

フリガナ			性別	被保険者	続柄
氏名	姓	名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )				
住所	( 〒 - ) TEL:				
どちらか当てはまる場合は ○をお願い致します		交通事故 • 労災予定			

※健康保険証、医療証があればFAXして下さい。

※地域連携室の業務時間 月～土 8:30～17:00 (日祝除く)

業務時間外のご依頼は、翌業務日のお返事になることもありますので、ご了承下さい。