

もりやま総合心療病院 診療申込書（一般外来・もの忘れ外来）

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	_____
紹介医	_____
担当者	_____
TEL	_____
FAX	_____



もりやま総合心療病院 地域医療連携室 <u>FAX 052-791-2137</u> （月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:30） ※受診希望日の前日（日・祝を除く）までにお送り下さい。緊急時は下記へお電話にてご連絡下さい。 <u>TEL 052-791-2133</u>

フリガナ		男	生年	大正・昭和・平成
氏名	様	女	月日	年 月 日
住所	〒 _____ (電話番号 _____)			
同伴家族	氏名 (続柄) 日中連絡先 ※日中に必ず連絡できる番号をご記入下さい。			
<input type="checkbox"/> 一般外来 (月～金 AM 9:00～ / PM 13:00～) 入院の希望 有・無 ※入院を希望される場合は空床状況を確認の上、地域医療連携室より担当者様宛にご連絡します。当日及び翌日の入院など緊急性の高い場合は、地域医療連携室に電話でご相談下さい。				
<input type="checkbox"/> もの忘れ外来 (木・金のみ AM 9:00～)				
受診希望日	第1希望	年 月 日	AM・PM	第2希望
		年 月 日	AM・PM	年 月 日
医師の指定	なし・あり (医師)		受診当日の状況 (通院中・入院中) <u>入院中の場合は、下欄もご記入ください。</u>	
保険種別	国保・社保・後高・生保 ※保険証コピーがあれば添付して下さい。		入院診療科 ()科 算定している入院料()	
備考(連絡事項がありましたら、ご記入ください。)				

診療情報提供書を添えて送付して下さい。