

FAX 番号:0573-75-2590

令和元年12月1日修正版

紹介連絡・予約申込

(申込年月日: 令和 年 月 日 )

患者さん同意のもと、この紹介連絡・予約申込票を送ります。予約 お願い致します。

Form with fields for insurance (国民健康保険 坂下診療所), contact info (電話, FAX), and patient details (市町村番号, 保険者番号, 氏名, 生年月日, 住所, etc.).

Form for medical consultation (依頼診療科, 依頼医師名), diagnosis (診断名), appointment details (予約事項, 希望年月日), and reception status (受診歴).

Form for examination and consultation details (検査 依頼検査項目, 診断; 入院(依頼事項), including CT, MRI, ultrasound, etc.).

Form for return and reservation control (返信・予約控), including patient name, appointment date, and instructions for the day of the appointment.