

予約申込み書 (FAX送信用)

船橋整形外科病院 地域連携室 行

令和 年 月 日

直通FAX : 047-425-6583

直通TEL : 047-425-2322

(予約受付時間 : 平日のみ 9:00~17:00)

当日の予約はお受けできません。

紹介元 (医療機関名)	
診療科	
医師名	
TEL	()
FAX	()

希望日	第1希望	令和	年	月	日 (曜日)	時ごろ
	第2希望	令和	年	月	日 (曜日)	時ごろ
	第3希望	令和	年	月	日 (曜日)	時ごろ

診察希望部位 (○印)

<input type="checkbox"/>	肩関節	<input type="checkbox"/>	股関節
<input type="checkbox"/>	肘関節	<input type="checkbox"/>	膝関節
<input type="checkbox"/>	手関節	<input type="checkbox"/>	足関節
<input type="checkbox"/>	頸部	その他 ()	
<input type="checkbox"/>	腰部		

フリガナ		性別	大正・昭和・平成・令和
患者氏名		男・女	年 月 日生 () 歳
電話番号	()	当院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ()
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 独歩 (要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー

事務処理欄 ID : 対応者 :

(事務処理欄は記入不要です)