

紹介患者受診申込書

医療機関名
医師氏名
電話番号
FAX番号

令和 年 月 日

診療科	小児科【～中3まで】	希望医師	アレルギー外来 または 萬木・伊藤 医師
希望年月日	令和 年 月 日	午前 ・ 午後	時頃
予約内容	☒ 診療 ☐ 検査		

紹介目的

舌下免疫療法の導入期治療(シダトレン・シダキュア・ミティキュア・アシテア いずれかに○)

- ①初診時:診察／説明(／検査)
②再診時:初回投与
③再々診以降:逆紹介

● 患者様情報

ふりがな			
氏名	旧姓()		
生年月日	H・R 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号	() —		
ADL(移動)	独歩・杖歩行・車椅子・リクライニング車椅子・ストレッチャー	貴院へ・・・入院中・通院中	当院受診歴 有・無

○ 被保険者証

保険者番号	
記号・番号	
続柄	本人 ・ 家族

○ 後期高齢者医療被保険者証

保険者番号	
被保険者番号	
割数	1割 ・ 3割

○ 公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	

○ 高 齢

割数	1割 ・ 3割
----	---------

※ 紹介医の皆様へ

- ・受付時間は平日午前8時30分～午後7時、土曜日午前8時30分～午後0時で、平日午後7時以降及び土曜日午後0時以降のFAXは翌日又は月曜日の受付になります。※祝祭日は除く。
- ・当日の予約はおとりできませんので、前日の午後7時までにFAXをお送りください。
- ・患者さんのご来院時に、紹介状・保険証・予約票を持参くださるよう、お伝えください。
- ・予約内容によって、お返事に時間がかかることがありますので、ご了承ください。

岡山市立市民病院 入退院管理支援センター(予約担当)

TEL 086-737-3000(代表)

TEL 086-737-3010(入退院管理支援センター直通)