

診察予約申込書

(結節性硬化症患者用)

平成 年 月 日

近畿大学病院 地域連携課 行

医療機関の名称

及び所在地

TEL・FAX

担当科名

医師氏名

患者氏名	フリガナ	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 生まれ (歳)
住 所	〒	
TEL	FAX	
希望予約日時	平成 年 月 日 ()	午前・午後 時 分頃
小児期	・ 成人期	精神発達遅延 (あり ・ なし)
紹介目的	精査・加療・入院・転医・手術・その他 ()	
病名	(結節性硬化症) ・ ADL (独歩 ・ 車椅子 ・ ベッド上)	
外来患者	・ 入院患者 (出高算定 ・ DPC ・ その他)	
近畿大学病院での受診歴	有 ・ 無	ID 番号
特記事項		

被保険者名						
保険者番号						
記号 番号						
被保険者との続柄	本人・家族		負担割合 0・1・2・3割			

公費負担番号							
受給者番号							
(老人)一部負担金割合	0割 ・ 1割 ・ 2割 ・ 3割						

(注) ・日時や医師などご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

- ・ FAXのお申込み受付時間：平日 9:00~16:00 土曜日 9:00~12:00
- ・ FAXは 24 時間稼働していますが、上記時間以降のお申し込みは翌営業日の対応となります。