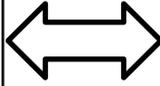


# 訪問診療申込書

この度はご依頼くださりありがとうございます。当院の診療範囲をご確認の上、申込書をご記載いただき、お手数ですが当方へ FAX 頂きますようお願いいたします。

申込み日 20 年 月 日

ご依頼者名 _____ 様
事業所名 _____
お電話番号 _____
FAX 番号 _____



河北ファミリークリニック南阿佐谷
電話番号 03-5913-7974
FAX 番号 03-5913-7978
診療サポート NS

フリガナ 患者名	住所	区	丁目
歳 男・女			
主病名	医療機関名		
	紹介医		
医療処置	在宅酸素	胃瘻	尿管カテーテル
	褥瘡	ストマ	吸引
	その他 ( )		
ご依頼の目的			
初回日のご希望	当月	翌月	出来るだけ早く
その他			

○診療情報提供書の添付、または 紹介医へ診療情報提供書をご依頼ください。

本申込書と合わせて当科へ FAX をお願いいたします。(FAX03-5913-7978)

○お申込みいただいた後、当方より受諾等についてご連絡することもございます。