

FAX 送信先 : 06-6777-8197

平成 年 月 日

自由診療予約依頼書

カルテ番号 _____

受診希望年月日

初診 ・ 再診

第1希望 平成 年 月 日 (水・木曜日)

(13:30 / 14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00)

第2希望 平成 年 月 日 (水・木曜日)

(13:30 / 14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00)

第3希望 平成 年 月 日 (水・木曜日)

(13:30 / 14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00)

ふりがな 氏名		性別	明・大・昭・平	
		男・女	年 月 日	
住所	(〒 -)	電 話	自宅	-
	メールアドレス ()		携帯	-
			FAX	-
診療依頼目的	ルビーレーザー・ピーリング・電気メス・東大式トレチノイン・ボトックス・ヒアルロン酸 陰茎海綿体注射・Dr.コスメ・プラセンタ・セカンドオピニオン			
希望購入依頼 振込内容	ボトックス、ヒアルロン酸、その他 ()		_____本・アンプル・バイアル	
	振込人名	振込予定日		
主訴、経過 (通販希望時、購入希望品・数量等を記載下さい)				

※ ハイドロキノン、トリートメントクリームなど通販で購入希望の場合、本依頼書と本人確認書類を FAX 頂ければ、受注、発送を行います。(振込先は、FAX またはメールにてご連絡いたします。振込確認後商品を送付いたします。)

※ トレチノインは初診時に手渡しとなります。2回目以降、遠方の場合、ご相談ください。

初診の際は、**予約通知書**と一緒に**健康保険証、免許証など本人確認、住所確認**
できるものを持参して下さい。 ※ 確認できない場合、診療できない場合があります。

FAX 送信先 : 06-6777-8197

平成 年 月 日

診療(往診・訪問診療)予約依頼書

受診(往診)希望年月日

第1希望 平成 年 月 日 (水・木曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00)

第2希望 平成 年 月 日 (水・木曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00)

第3希望 平成 年 月 日 (水・木曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00)

※ 医療機関から当院宛に紹介が無い場合お受けできません

※ 現在, 24 時間対応は出来ません。

かかりつけ医療機関名
医療機関住所
医療機関 電話/FAX
紹介医師名

ふりがな		性別	明・大・昭・平
患者名		男・女	年 月 日
住所	(〒 -)	電話	自宅 - - 携帯 - -
診療依頼目的	訪問診療依頼 ・ 外来 follow 依頼		
症状経過及び検査結果			

保険者番号		公費等	
記号・番号		記号・番号	
有効期限	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日
本人・家族自己負担割合・負担金	本人・世帯主・家族・負担割合 1・2・3 割		
一部負担金等	円	後期高齢者医療保険 はい・いいえ	老人負担助成 有・無

受診の際は、**紹介状・保険証** と一緒に、返送する**予約通知書**を提示してください。