

**FAX 送信先 : 06-6777-7007**

令和 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 令和 年 月 日 (月・火・水・土曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00 / 16:30 / 17:00 )

第2希望 令和 年 月 日 (月・火・水・土曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00 / 16:30 / 17:00 )

第3希望 令和 年 月 日 (月・火・水・土曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00 / 16:30 / 17:00 )

ふりがな 氏名		性別	明・大・昭・平	
		男・女	年 月 日	
住所	(〒 - )	電 話	自宅 - - 携帯 - - FAX - -	
	メールアドレス ( )			
診療依頼目的	陰茎海綿体注射・ルビーレーザー・サリチル酸マクロゴールピーリング・電気メス 東大式トレチノイン・セカンドオピニオン			
希望購入依頼 振込内容	東大式トレチノイン(0.1・0.2・0.4%)・ハイドロキノン・新リビドラ法・ICI neo ____本 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)				

※ トレチノイン、ハイドロキノンオンラインで購入希望の場合、本依頼書と同時に**本人確認書類をFAX**してください。

振込先は、振込先: 三菱UFJ銀行谷町支店 3518510 アットホームクリニック フジイ マナブ となります。

振込後、FAX 又はメールにてご連絡ください。入金を確認後、薬剤発注。薬剤到着次第、クール宅急便着払いにて商品発送いたします。

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 : 06-6777-7007

令和 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 令和 年 月 日 (月・火・水・土曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00 / 16:30 / 17:00 )

第2希望 令和 年 月 日 (月・火・水・土曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00 / 16:30 / 17:00 )

第3希望 令和 年 月 日 (月・火・水・土曜日)

(14:00 / 14:30 / 15:00 / 15:30 / 16:00 / 16:30 / 17:00 )

※ 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	令和 年 月 日	有効期限	令和 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。