

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 | - |
| | メールアドレス () | | 携帯 | - |
| | | | FAX | - |
| 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。