

受診依頼票

可知病院 児童精神科 宛て

年 月 日

● 紹介元医療機関

名称 : 所在地 :
診療科 : TEL : - -
医師氏名 : FAX : - -

貴院初診日	年 月 日	リハビリ実施内容	ST ・ OT
-------	-------	----------	---------

フリガナ				男 ・ 女	
氏名					
生年月日	年 月 日				
現住所					
保護者氏名			電話番号		
メールアドレス					
当法人受診歴	<input type="checkbox"/> 有(可知病院、大崎整形リハビリクリニック、豊川脳神経外科クリニック、豊川整形外科リハビリクリニック) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
被保険者証	保険者番号			公費種別	子ども・障害・母子・特疾・精神生保・その他()
	記号				
	番号			公費負担者番号	
	本人・家族	負担割合	割	受給者番号	

● 紹介状	<input type="checkbox"/> 別添のとおり
● 紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 処方(コンサータ、ビバンセ など) <input type="checkbox"/> リハビリ ※リハビリの実施につきましては医師の診察にて決定致します。 リハビリを実施しない場合もございますのでご了承下さい。
● 医師の指定	<input type="checkbox"/> 担当医は病院の診療体制にゆだねる <input type="checkbox"/> 指定医氏名()医師
● 受診希望日	<input type="checkbox"/> 病院の診療体制にゆだねる ※都合の悪い日があればご記入下さい []

【 お問い合わせ先 】 可知病院 児童精神科

FAX 0533-56-7776

TEL 0533-56-3008(平日9時~17時、土曜日9時~12時)