

難治性足底腱膜炎（体外衝撃波疼痛治療向け）

診療予約申込書

最初に診察(検査)の予約が必要となります。診療情報提供書と一緒に本表をFAX送信お願い致します。
スポーツリハビリ外来の特別枠（月曜 午後3時～午後3時半、水曜 午後3時～4時）の予約となります。

FAX **025-368-7260** までFAXをお願いします。

紹介医療機関の名称 _____	医師名 _____
住所 〒 (-)	電話 - -
	FAX - -

【患者さま情報欄】

フリガナ		性別	生年月日	保険者番号	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族
患者様 氏名		男・女	明治 (M) 大正 (T) 昭和 (S) 平成 (H)	年 月 日	記号	
					番号	
住所	〒 (-) <input type="checkbox"/> 新潟市 区 <input type="checkbox"/>	電話番号	()	負担割合		
				<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
				公費負担番号	受給者番号	
新潟リハビリテーション病院 受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				緊急時の連絡先 氏名		
(診察券の番号がわかればご記入ください)				電話番号 ()		
受診希望日①	受診希望日②	受診希望日③			月曜 午後3時～午後3時半 水曜 午後3時～午後4時	
月 日 (月曜・水曜)	月 日 (月曜・水曜)	月 日 (月曜・水曜)				

- MRI 持参（有・無）
6か月以上の保存治療をしても改善していない

その他ご要望があればお書きください

お問い合わせ先：新潟リハビリテーション病院・予約センター TEL 025-388-2116
受付時間：午前9時～午後5時（土日祝休み）