

爪切り看護外来予約依頼書 (施設用)

住友別子病院 担当：11外来外来受付

「施設様記入欄」をご記入のうえ、希望日の3日前（土日祝日を除く）までにFAXにてお申込みください。

担当看護師から折り返しご連絡させていただきます。

なお、当院に受診歴がない場合は、カルテの作成が必要となるため、健康保険証またはマイナンバーカード（顔写真の面）等のコピーを併せて送付してください。

【施設様記入欄】

申込日	年 月 日 () 曜日	
患者番号	ID: (当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)	
フリガナ		1. 男
氏名		2. 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	
施設名		
施設住所		
連絡先	TEL: () FAX: ()	
ご担当者名		
お支払い方法	お支払いしていただく方 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 当院会計窓口 <input type="checkbox"/> お振込み	
領収書送付先	お振込みの場合は領収書を送付いたしますので送付先をご記入ください <input type="checkbox"/> 施設：上記、施設ご住所へ送付いたします <input type="checkbox"/> 家族：お名前 () 様宛 ご住所 ()	

【爪切り看護外来概要】

予約日	毎週月曜日、木曜日
予約時間	① 9:00~10:00 ② 10:00~11:00 ③ 11:00~12:00 ④ 14:00~15:00 ⑤ 15:00~16:00
対応可能人数	同施設1日2名
料金	両足 1回 3,630円 (税込) ※車代330円含む
連絡先	FAX: 0897-37-7122 TEL: 0897-37-7111(担当: 11外来受付) (電話対応時間は病院診療日14:00~17:00)
※注意事項	爪切り看護外来は自費診療となるため、同日に当院の他の診療科は受診できません。

【病院記入欄】

予約日	年 月 日 () 曜日	<input type="checkbox"/> 実施済
予約時間	<input type="checkbox"/> 9:00~10:00 <input type="checkbox"/> 10:00~11:00 <input type="checkbox"/> 11:00~12:00 <input type="checkbox"/> 14:00~15:00 <input type="checkbox"/> 15:00~16:00	
医事コード	・74616 ・カウントなし(60840)	