

診療申し込み書 (FAX用)

■患者情報

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	男・女		年 月 日 (歳)
住所			
電話番号			
受診予定日	平成	年	月 日
受診科・医師名	科		先生
紹介目的			
感染徴候	<input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> インフル(+,-) <input type="checkbox"/> 薬剤耐性菌保菌(+,-) (※詳細については診療情報提供書にてお知らせ下さい)		

■保険情報

保険者番号			
被保険者証 記号・番号	本人・家族		負担割合 1割・3割 (70歳以上の場合のみ)
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日
公費負担者 番号	公費負担医療証 ()	公費負担医療証 ()	
公費負担者番号			
受給者番号			負担金額 円
資格取得	年 月 日	年 月 日	(一人親家庭等医療の場合のみ)
有効期限	年 月 日	年 月 日	

■紹介元医療機関

医療機関名		医師名	
所在地			
連絡先	TEL	FAX	

■その他

※放射線科(内線2355)へのご紹介の際には、直接電話予約をお願いします。(生年月日をご連絡ください)ただし、CT検査は予約不要です。

※内視鏡(内線2150)へのご紹介の際には、直接電話予約をお願いします。