

地域医療連携診療予約申込書

紹介先医療機関名: 舞子浜病院

担当部署: 地域医療連携課

FAX送信先: 0246-39-4044 ※診療情報提供書を併せてFAX願います

申込年月日 年 月 日 ()

受診者氏名	フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平・令	
		様	男・女		年 月 日	()
※氏名・フリガナは正確にご記載ください						
現住所	〒					
	TEL() -					
保険証記入欄	保険証番号		勤務先名称			
	記号・番号		勤務先所在			
	取得年月日	年 月 日	後期高齢者 保険者番号	一部負担金割合		
	被保険者名			<input type="checkbox"/> 1割		
	被保険者との続柄		被保険者番号	<input type="checkbox"/> 3割		
受診状況	通院中 ・ 入院中	その他	交通事故 ・ 労災			
病名または主症状		当院で希望される検査				
資料持参	なし・あり(レントゲンフィルム・CD-R・心電図・各種検査結果等)					
希望医師名						
当院受診歴	なし・あり(年 頃 医師)					
紹介元医療機関名						
_____ 科 _____ 医師						
住所 〒						
TEL() -						
FAX() -						

※希望された医師以外の医師が診察する場合がありますので、あらかじめご了承ください