

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 (旧姓)		男・女		年 月 日 ()歳	
※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			
	公費情報/番号	重心 ・ 自立支援 /	被災免除	有 ・ 無		
	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				□1割	
	被保険者との続柄		被保険者番号		□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						
住所 〒 科 医師 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