

十全総合病院

受診申込書(FAX) 0897-31-1436

お問合せ先

地域医療連携室

平日 9:00~17:30

土曜 9:00~12:30

時間外・休診日は翌日もしくは
休み明けの対応になります。

電話番号 0897-31-1435(直通)

紹介医療機関名

医師氏名

受診診療科	科		
希望医師名	指定される場合	医師	指定無
希望検査項目	指定される場合		
診察希望日	第1希望	月	日 曜日
	第2希望	月	日 曜日
	第3希望	月	日 曜日
依頼内容 病状・病名 などを簡単に ご記入下さい	担当医により診療情報提供書のFAXを事前にお問い合わせする場合があります。		

患者様情報(カルテ・保険証のコピー添付可)

フリガナ		保険者番号							
患者氏名			記号番号						
			有効期限	平成	年	月	日		
性別	男 ・ 女		被保険者との続柄	本人 ・ 家族					
生年月日	明・大	年 月 日	被保険者氏名						
	昭・平		資格取得日	平成	年	月	日		
現住所			市町村番号						
			受給者番号						
			老人負担割合	1割 ・ 3割					
			公費負担者番号						
電話番号			公費受給者番号						

備考