

十全総合病院

受診申込書(FAX) 0897-31-1436

〇お問合せ先

地域医療連携室

平日 8:45~17:30

土曜 8:45~12:30(第2・第4土曜日は休診)

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 | | | 記号番号枝番 | () | | | | | | | | |
| | | | 有効期限 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | 被保険者との続柄 | 本人 ・ 家族 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭 | 年 月 日 | 被保険者氏名 | | | | | | | | | |
| | 平・令 | | 資格取得日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | 市町村番号 | | | | | | | | | |
| | | | 受給者番号 | | | | | | | | | |
| | | | 負担割合 | 1割 ・ 2割 ・ 3割 | | | | | | | | |
| | | | 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 公費受給者番号 | | | | | | | | | |

備考