

地域医療連携患者受診申込書

発信日： _____ 月 _____ 日

※こちらのFAX用紙でご予約いた
 だいた場合は、受診当日必ず診療情報
 提供書をご持参ください。

医療機関名： _____

医師名： _____

☎ () -

FAX () -

受診科	科	専門科 産科・婦人科 (どちらかに○印)
受診医師名	医師	
受診予約日	月	日 (曜日)
【紹介目的】		

※ 救急を要する患者様の場合は、☎088-622-5216の救急担当医まで、
 直接ご連絡お願い致します。

担当 Dr への連絡 未・済

来院方法 救急車・その他

●患者様情報

紹介患者	フリガナ															
	氏名															
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	性別	男・女									
	住所	☎ () -														
主保 険	保険者番号						本人	家族	負担割合 0・1・2・3	有効期限						
	記号				番号				平成 年 月 日							
公 費	保険(公費負担者番号)								有効期限							
	受給者番号								平成 年 月 日							

(保険証コピー添付可)