

紹介・予約 申込書 (FAX送付票)

☆状況の説明が必要な場合は、直接医師へご連絡をお願いいたします。 申込日 年 月 日

紹介 元	所在地 _____	所属科 _____
	医療機関名 _____	T E L _____
	担当医師 _____	F A X _____
担当医師	<input type="checkbox"/> 希望医師 _____ 医師 <input type="checkbox"/> なし 医師の了解 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
診 察 日	診察希望日 第1希望 年 月 日 () AM・PM 第2希望 年 月 日 () AM・PM	
※本院記入欄 年 月 日 () : ~		
傷 病 名		<input type="checkbox"/> 患者入院中 (来院) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族のみ
紹介目的		※家族のみの受診の場合、保険証は使えません。10割負担となります。
※CT・MRI検査時に対応が必要となりますので、下記に該当する場合はご記入ください。		
持続血糖測定器・インスリンポンプ : 有 (機器名 : _____)		
ペースメーカー・埋込型除細動器 : 有 (機器名 : _____)		

※旧姓の確認が取れない場合、二重登録の危険があるため予約をお取りできません。
 予め患者さんへご確認の上、申込みをお願いいたします。

フリガナ		性別	※旧姓	被保険者	被保険者氏名	続柄	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)						
住 所 電話番号	〒 _____ 電話 (_____) 携帯 (_____)						
保 険 情 報	保険者番号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	公費負担者番号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
	記 号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	公費負担医療の 受給者番号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
	番 号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	公費負担者番号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
	有効期限	年 月 日		公費負担医療の 受給者番号	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	労働災害 交通事故	<input type="checkbox"/> あり(工作中・通勤途中・その他) <input type="checkbox"/> なし					
本 院 受 診 歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり			診察券番号	- -		