

## 病診連携受診申込書

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

紹介医御芳名

連絡先  
TEL

FAX

フリガナ			連絡先電話番号
紹介患者氏名	おわかりになれば(清水病院ID - )		( )
生年月日/性別	M・T・S・H 年 月 日 (男・女)		
住所	〒		
受診歴 (*記入不要)	無・有	最終受診歴 (*記入不要)	年 月 日
紹介科名	科		
希望医師	無・有 ( 先生)		
受診希望日	月 日 ( )		
特記事項			

保険者番号		区分	本人・家族
記号番号		有効期限	年 月 日
資格取得年月日			
公費負担番号		負担割合	1割・3割
公費受給者番号		有効期限	年 月 日

\* 健康保険証・各種受給者証(お持ちの方)の写しでも結構です。  
可能でしたら、「紹介状の写し」も添えていただければ幸いです。

\* 診療科によっては、症状などについてこちらからお伺いする場合があります。  
また、検査予約手配のため紹介状の作成をお願いする場合がありますので予めご了承ください。  
受付後、地域医療支援室から「外来診察予約連絡票」をFAXで返信いたします。患者様にお渡しください。

\* 受付時間: 月～金曜日 8:30～16:00(祝日、年末年始を除く)

\* 当日の緊急受診については、地域医療支援室(054-336-1210)へお電話ください。