

## 病診連携受診申込書

令和 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 - )		自宅等: 携帯: ※必ず連絡がつく番号を書いてください
生年月日/性別	M・T・S・H・R 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。

\* 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。

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。