

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 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 ・ 2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。患者様にお渡してください。

* 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。