

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	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・2・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。