

紹介・予約申込書 (F A X送付票)

紹介元医療機関の所在地・名称	申込日 平成 年 月 日
〒 _____	
_____ 先生	
電話番号	F A X 番号

お手数ですが、太枠内の記入をお願い致します。折り返し『予約票』をFAXさせていただきます。

予約希望日	第1希望	平成 年 月 日 () 時 分
	第2希望	平成 年 月 日 () 時 分
希望診療科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	
特殊外来 (予約制)	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸外来 (木曜日 13:30) <input type="checkbox"/> 息切れ外来 (火曜日 13:00~) <input type="checkbox"/> 禁煙外来 (木曜日 10:00~) <input type="checkbox"/> ものわすれ外来 (水曜日 9:00~)	
	<input type="checkbox"/> その他特殊外来 ()	
担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 医師	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 「紹介目的；入院」の場合は、地域医療連携室までお電話ください。 「放射線科検査のみ」の場合は、「放射線科検査依頼票」でお申込みください。	

依頼内容

--

患者さま基本情報

患者さまの基本情報・保険情報の提供をお願いします。

ふりがな	性別	生年月日
患者氏名	男 女	M・T・S・H 年 月 日生
患者住所	〒 _____	
	TEL (_____)	

保険情報

<p>【被保険者証】</p> <table border="1"> <tr><td>保険者番号</td><td></td></tr> <tr><td>記号・番号</td><td></td></tr> <tr><td>資格取得日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>世帯主</td><td></td></tr> <tr><td>保険者名</td><td></td></tr> </table> <p>当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号 _____)</p>	保険者番号		記号・番号		資格取得日	年 月 日	世帯主		保険者名		<p>【公費負担医療受給者票】</p> <table border="1"> <tr><td>公費負担者番号</td><td></td></tr> <tr><td>受給者番号</td><td></td></tr> <tr><td>有効期間</td><td>~</td></tr> </table> <p>【高齢受給者票】</p> <table border="1"> <tr><td>公費負担者番号</td><td></td></tr> <tr><td>受給者番号</td><td></td></tr> <tr><td>有効期間</td><td>~</td></tr> <tr><td>負担割合</td><td>1割 3割</td></tr> </table>	公費負担者番号		受給者番号		有効期間	~	公費負担者番号		受給者番号		有効期間	~	負担割合	1割 3割
保険者番号																									
記号・番号																									
資格取得日	年 月 日																								
世帯主																									
保険者名																									
公費負担者番号																									
受給者番号																									
有効期間	~																								
公費負担者番号																									
受給者番号																									
有効期間	~																								
負担割合	1割 3割																								