

FAX診療申込書（紹介患者専用）

FAX 0178-27-8080（直通）
TEL 0178-27-3111（代表）

受診予定日	平成 年 月 日 () 時 分 ・ 未 定			
希望受診科 (○で囲む)	※ 科名を赤く表示している診療科につきましては、診療情報提供書もあわせてお送りください。			
	01 消化器内科	02 循環器内科	03 呼吸器内科 ※ ・ SAS ※	
	04 外科	05 脳神経外科 ※	06 整形外科	
	07 皮膚科 ・ 形成外科 ※	08 泌尿器科 ※	09 産婦人科 ※	
	10 小児科	11 耳鼻咽喉科 ※	12 眼科 ※	
	13 精神科 ※	14 放射線科 ※	15 麻酔科 (休診中)	
	16 歯科 ・ 口腔外科	17 神経内科	18 心臓血管外科 (休診中)	
	19 糖尿病代謝内科 ※	20 血液内科 ※ (申し込みには医師同士の電話連絡が必要です)		
当院履歴	無 ・ 有 (年頃) 【現在通院中の方は有だけで結構です。】			
貴院情報	所在地			
	医療機関名			
	電話	— —	FAX — —	
患者情報	(フリガナ)		性別	
	患者氏名	(姓)	(名) 男 ・ 女	
	生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 (才)		
	住所	〒 — — 電話番号 — —		
保険情報	保険者番号		区分 本人 ・ 家族	
	記号 ・ 番号		被保険者氏名	
	高齢者 ・ 公費	市町村番号 ・ 負担者番号		
		受給者番号		
	資格取得日	年 月 日	負担割合	割