

紹介患者事前受付用FAX用紙

フリガナ	←必ずご記入ください		
患者氏名	性別	男・女	
生年月日	年	月	日
住所 (TEL)	() -		
当院受診歴	有 ・ 無		
当院ID番号			

紹介元医療機関名・医師名(ゴム印可)

※1 保険証	
保険者番号	
記号・番号	
本人・家族	本人 ・ 家族
負担割	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割

※1 公費負担医療受給者証	
公費負担番号	
受給者番号	
有効期限	

受診科	総合診療	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	糖尿病代謝内科	感染症内科	血液腫瘍内科	緩和ケア内科	※2 肝臓内科	※2 神経内科	※2 腎臓内科	放射線科	小児科	消化器外科	胸部乳腺外科	整形外科	泌尿器科	歯科口腔外科	※2 耳鼻咽喉科	※2 眼科	※2 婦人科	その他記載

受診希望年月日	第一希望	年	月	日 ()
	第二希望	年	月	日 ()

担当医師への事前連絡
有 ・ 無
医師名 ()

<input type="checkbox"/>	栄養指導希望年月日	年	月	日 ()
--------------------------	-----------	---	---	-------

その他記事

※1 公費負担対象の場合は該当欄をご記入ください。
「保険証」等の写しを同時にFAXしていただく場合は、「保険証」等※1の該当欄の記入は不要です。
※2 曜日指定の診察ですので御注意下さい。