患者紹介連絡書（予約申込書）

篠田総合病院　医療福祉連携室　宛

ＦＡＸ　０２３（６１５）６２５６

※太枠は必ず記入願います。

申　込　日	平成　　年　　月　　日			
貴　院　名			貴医師氏名	
	ＴＥＬ	（　　）	ＦＡＸ	（　　）
受診希望科	科	希望医師		
紹介目的				
受診希望日１	平成　　年　　月　　日		受診希望日２	平成　　年　　月　　日

※　希望医師を指定した場合は、ご希望の日に予約できない場合があります。

※　救急患者の場合は病院代表電話にご連絡下さい。

患　者　情　報

ふりがな		生　年　月　日
氏　　名	（男・女）	(明・大・昭・平)　　年　　月　　日
篠田総合病院受診歴	□ あり　□ なし　□ 不明	
患者住所	〒 ＴＥＬ	

保　険　情　報　（保険証のコピーでも結構です）

保険者番号									本人・家族
記号・番号							被保険者		
資格取得年月日	・　・						有効期限	・　・	
福祉医療負担者番号									老人負担率
医療証番号									割
労災・事故その他									
備考・その他通信欄									

ＦＡＸにて患者の紹介を申し込みいたします。

10 分以内のご返事をお願いいたします。