

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	令和 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	令和	年	月	日	受診希望日2	令和	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)				(大・昭・平・令)		年 月 日		
篠田総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 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。