

# 地域医療連携診療申込書

【紹介先医療機関名】

ときわ会 常磐病院

FAX送信先 : 43-7000

申込年月日 平成 年 月 日 ( )

受診希望年月日 平成 年 月 日 ( )

受診者氏名	フリガナ		性別	生年月日				
	様		男・女	明 大 昭 平 年 月 日 ( 歳 )				
現住所	〒 _____							
電話 ( ) _____								
保険情報	保険者番号			※公費をお持ちの場合はご記入ください。				
	記号・番号			公費番号				
	取得年月日			公費負担者番号				
	被保険者名			免除の有無	有 ・ 無			
	被保険者との続柄			給付割合	割			
	受診状況	通院中 ・ 入院中	入院基本料		_____病棟 _____対_____			
希望受診科に○をつけて下さい。								
受診科	内科	外科	整形外科	小児科	婦人科	泌尿器科	腎臓内科	
病名・症状								
希望医師名	なし ・ あり ( ) 医師							
当院受診歴	なし ・ あり ありの場合 年 月頃 ( ) 科に受診 診察券をお持ちの方 ID番号 [ _____ ]							
紹介元								
医療機関名						印		
住所 〒 _____								
電話 _____								
FAX _____								

※免除証明書をお持ちの方は保険証と一緒に必ず受付窓口へお持ちくださるようお願いください