

地域医療連携診療申込書

【紹介先医療機関名】

公益財団法人ときわ会常磐病院

FAX送信先: 0246-43-7000

申込日 平成 年 月 日 ()

受診希望日 平成 年 月 日 ()

受診者氏名	フリガナ	性別	生年月日							
	様	男・女	明 年	大 月	昭 日	平 (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				
受診科	希望受診科に○をつけて下さい。									
	内科	腎臓内科	血液内科	循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	リウマチ 膠原病科	外科	整形外科	泌尿器科
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 住所 〒 電話 F A X										

※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