

東名古屋病院 紹介受診申込票 (外来用)

東名古屋病院

紹介医

科 御中

住 所

①.担当医

担当医 _____ 先生 希望

担当医は病院の診療体制に任せる

病院名

②.診療希望日

_____ 月 _____ 日 第1希望

_____ 月 _____ 日 第2希望

診療日は病院の診療体制に任せる

医師名

TEL _____

FAX _____

患 者 情 報	氏名	(フリガナ) ----- 様	男・女	住 所	〒 _____	
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	
	東名古屋病院受診実績		有・無	年	月	科
	通 信 欄 (患者さまの状態を簡単にご記入ください。紹介状にご記入いただいたものをFAXしていただいても結構です。)					
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----						
緊急性		有・無	入院の必要性		有・無	
<input type="checkbox"/> 家族のみ受診						
保 険 証 情 報	保 険 者 番 号	_____	記 号 ・ 番 号	_____		
	被 保 険 者 氏 名	_____		被 保 険 者 と の 続 柄	本人・家族(割)	
	公 費 負 担 番 号	_____	公 費 受 給 者 番 号	_____		
	そ の 他	_____				

※保険証をFAXしていただいても結構です。

※この用紙(様式1)は受診申込票です。受診当日は必ず診療情報提供書をご持参ください。