



聖霊病院紹介患者紹介予約システム 予約申込書

医療機関名

所在地

担当医ご氏名

電話番号

FAX番号

| | | | |
|---------------|---------------|-------|-----------------|
| ふりがな 患者様氏名 | | 当院ID | あり・なし |
| | | ID | □□ - □□□□□□ - □ |
| 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| 患者様住所 | 〒 — | | |
| 患者様電話番号 | () — | 緊急連絡先 | () — |

| | | | |
|-------|------------------------------|-------|--|
| 保険者番号 | | 記号・番号 | |
| 本人・家族 | 本人・家族 | 負担割合 | |
| 有効期限 | 年 月 日～ 年 月 日まで (資格取得日 年 月 日) | | |

公費負担医療受給されている場合はご記入下さい。

| | | | |
|---------|----------------|-------|----|
| 公費負担者番号 | | 受給者番号 | |
| 有効期限 | 年 月 日～ 年 月 日まで | | 備考 |

※保険証につきましては、コピーを添付して頂ければ、ご記入いただかなくても結構です。

| | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------|----|
| 受診診療科 (ご希望の診療科に○をつけて下さい。) | ①内科・②小児科・③外科・④脳神経外科・⑤整形外科・⑥皮膚科 | | |
| | ⑦泌尿器科・⑧産婦人科・⑨眼科・⑩耳鼻咽喉科・⑪歯科口腔外科 | | |
| ご希望診療日 | 第1希望日 | 平成 年 月 日 () | 時頃 |
| | 第2希望日 | 平成 年 月 日 () | 時頃 |
| 希望医師 | なし あり | 医師名 _____ | |
| 専門領域の指定 | なし あり | _____ | |
| 傷病名 | | | |
| 紹介目的 | 加療・入院・精査・その他 _____ | | |
| 備考 | _____ _____ | | |

・紹介状は、お手数ですが事前送付下さいますようお願い申し上げます。

FAX (052)832-6735

TEL (052)832-1181(内線5316)