

こちらから送信ください



FAX受診申込書・診療情報提供書（提出用） FAX(0154-32-3465)

該当するものがございましたら○をつけて下さい。

平成 年 月 日

（ 重度 ・ ひとり親 ・ 乳児 ） 課・初

市町村番号

受給者番号

保険者番号									
記号	番号								
被保険者との続柄	本人				家族				

公費負担番号									
公費負担医療の受給者番号									

前期高齢割合
老人給付割合

（ 割）

※ご紹介元医療機関様

所在地 _____
 医療機関名 _____
 診療科 _____
 医師名 _____
 事務担当者 _____

科 宛

第1希望日 年 月 日

第2希望日 年 月 日

入外区分 外来通院中 ・ 入院中

フリガナ	住所 〒 -
患者氏名 男 様 女	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	TEL - -

傷病名	※今回目的傷病名に○をつけて下さい。		
紹介目的	1 検査・診断	2 治療	3 その他 ()
1 既往歴 家族歴	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり (別紙の場合、診療情報提供書を添付下さい。)		
2 症状経過 検査結果			
3 治療経過			
4 現在の 処方			
5 備考			
	画像診断のフィルム (枚) 検査記録 (枚)	CD-R (枚) を添付いたします。	