

令和 年 月 日

FAX による受診予約申し込み票

(村上記念病院 FAX 番号 0897 - 56 - 2337)

紹介元医療機関名

医師氏名 _____

電話 () -

FAX () -

| | | | | | | | |
|----------------|--|---------|---|---|---|----|-----|
| 紹介患者 | フリガナ | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | M・T・S・H | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| | 住所 | | | | | | |
| 電話番号 | () - | | | | | | |
| 受診科 | 科 医師名 () | | | | | | |
| いずれかに○をつけてください | 1、受診のみ 2、受診と検査 3、検査のみ (CT・MRI: <u>部位</u>) | | | | | | |
| 受診希望日時 | 月 日 時ごろ □ご相談後決定 | | | | | | |
| 患者様の症状等 | ※可能であれば、紹介状をFAXして下さい。 | | | | | | |

……………以下の項目はカルテ表紙をFAXしていただいても結構です……………

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------|--|--|--|-------------|--|--|--|
| 保険者番号 | | | | | | | | |
| 被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号 | | | | | | | | |
| 被保険者との続柄 | 本人・家族 | | | | 負担割合：1・2・3割 | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | |
| 保険適応外：妊娠・交通事故・労災・生保・その他 () | | | | | | | | |