

《紹介先》 小名浜生協病院 地域連携支援室 行き

TEL : 0246-53-4374

FAX : 0246-54-2642

# 地域医療連携診療申込書

\* 診療情報提供書を併せてFAXしてください。

申込日:					
希望内容	外来診療 ・ 入院	希望日	本日		
			第1希望	(	)
			第2希望	(	)
			* 希望日に沿えない場合があります。		
病名					
症状					
紹介元医療機関名					
住所	〒 -				
	TEL - - FAX - -				
患者様情報	フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和・平成
	氏名		男・女		年 月 日
					年齢 歳
	住所	TEL - -			
	保険者番号		公費	負担者番号	
	記号・番号			受給者番号	
資格取得日	年 月 日	資格取得日		年 月 日	
被保険者名		有効期限		年 月 日	
一部負担割合	1割・2割・3割				