

# 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:		年	月	日			
希望内容	外来診療 ・ 入院	希望日	本日				
			第1希望	月	日 ( )		
			第2希望	月	日 ( )		
			* 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※1	フリガナ		性別	大正・昭和・平成			
	氏名		男・女	生年月日	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					

※1 カルテ情報の添付で代用可能です。