

## 診療申込書（紹介患者専用・2病院共通）

【お申込み情報】 申込診療科の□に✓をつけ内容を記載の上、FAXにて送信して下さい。

□消化管内科	□肝臓内科	□糖尿病・代謝・内分泌科	□循環器内科	□腎・高血圧内科	□呼吸器内科
□膠原病内科	□血液腫瘍内科	□臨床腫瘍科	□睡眠医療科	□脳神経内科・老年科	□臨床検査科
□外科	□小児外科	□脳神経外科	□心臓血管外科	□呼吸器外科	□整形外科
□形成外科	□産婦人科	□小児科	□耳鼻咽喉科	□頭頸部外科	□眼科
□皮膚科	□泌尿器科	□放射線診断科	□放射線治療科	□精神神経科	□児童精神科
□麻酔科	□臨床遺伝科	□総合診療科	□緩和ケア科	□歯科医療センター	
事前予約	□ 無（下段の「受診希望日」に希望日時をご記載下さい。）				
	□ 有（下段の「予約日時」にTELもしくはWEBにて取得した日時をご記載ください）				
受診希望日	① 年 月 日（ ）				
	② 年 月 日（ ）				
予約日時	□TELにて予約済 年 月 日（ ）				
	□WEBにて予約済				
紹介目的	診察 ・ セカンドオピニオン ・ 入院（転院）依頼 (当院医師への連絡 済 ・ 未 )				
傷病名					

### 【医療機関情報、患者様情報】

当院履歴	無 ・ 有 （ 科 ） ・ 不明				
貴院情報	医療機関名：				
	所在地：				
	電話	—	—	FAX	—
患者情報	フリガナ				性別
	患者氏名	(姓)		(名)	男 ・ 女
		※旧姓（ ）			
	生年月日	(明・大・昭・平・令)	年	月	日( 歳)
	住所	〒	—	電話	—
—			携帯	—	
保険情報	保険者番号				本人 ・ 家族 (患者続柄 )
	記号 ・ 番号				
	公費負担者番号				前期 ・ 後期
	公費受給者番号				1割 ・ 2割 ・ 3割
	その他	労災 ・ 生保 ・ 交通事故 ・ その他の公費（ ）			
備考					

※保険情報をご記入いただくか、もしくは保険証等のコピーの送付をお願いいたします。  
※紹介状（診療情報提供書）の送付をお願いいたします。