

(診察・検査・入院) 申込書

令和 年 月 日

ふりがな		患者 住所	〒
患者 氏名	男・女		
生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	電話 番号	(自宅) — — (携帯) — —

保険者番号				診療科：(科)
記号		番号		希望項目：(診察・検査・入院) 希望日： 年 月 日 ()
被保険者氏名		負担	割	主治医の希望：(有 _____ 医師・無) 開放型病床 副主治医：(希望する・希望しない)
有効期限	年 月 日			紹介元医療機関 医療機関名 住 所 医 師 名 T E L F A X
公費負担①	負担			
	受給			
公費負担②	負担			
	受給			
高齢受給者証	負担割合 割			

診療情報記載欄

主訴あるいは傷病名
紹介目的 <input type="checkbox"/> 判読依頼
症状、診療経過、検査結果 等
現在の処方

※ 必要に応じて、別紙 診療情報提供書 等に記載して添付をお願い致します。 別紙添付 (有・無)