

# 三之町病院

## 紹介患者診療申込書

【紹介状と併せてFAX送信をお願いします】

受診希望日	<input type="checkbox"/> 受診希望日 ( . . )	現在、院内でお待ちですか？
	<input type="checkbox"/> 受診不可日 ( . . )	
	<input type="checkbox"/> いつでも良い	
※受診希望日は診療科により調整させていただきます。		<input type="checkbox"/> まっています <input type="checkbox"/> まっていません

ご紹介患者さんの情報

送信日： 年 月 日 ( )

フリガナ		性別	生 年 月 日		
氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令	年	月 日 ( 歳)
現住所	〒 -				
電話番号 (固定)	( ) -	電話番号 (携帯)	-	-	
勤務先	《名称》 《電話番号》 ( ) -				
緊急連絡先	※必要時に病院から連絡しても差し支えない所をご記入下さい 《フリガナ》 《氏名》 《続柄》 《電話番号》 ( ) -				
当院受診歴	あり 当院ID番号 ( )			なし	
受診希望科	内科 (専門科 )	整形外科	眼科	外科	
	耳鼻咽喉科	脳神経内科	歯科		
	脳神経外科・耳鼻科・眼科は予約なく受診可能です。				
入院予約	年 月 日 ( )				
診療希望医師	※希望医師がある場合はご記入下さい ( 科 医師 )				

### 保険記入欄

保険者番号		公費負担者番号	
記号番号		受給者番号	
被保険者 (本人・家族) 負担割合 ( 割)		公費有効期限	年 月 日

### 返信先情報

返信先名称：

FAX番号：

F A X 送信先 三之町病院 (代)

( 0 2 5 6 ) 3 2 - 1 8 9 6

社会医療法人嵐陽会 三之町病院

( 0 2 5 6 ) 3 3 - 0 5 8 1 (代)