送付日　20　　年　　月　　日

長岡西病院　受診申込書

地域医療連携室　(直通 FAX)0258(27)8516

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：FAX 番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診希望　　20　　年　　月　　日（　　）　　時頃

科　　医師宛

ご紹介目的　（　　）

※紹介状を併せて FAX していただければ、紹介目的の記入は不要です

○患者様情報

フリガナ		性　別	生　　年　　月　　日	
氏　　名		男・女	M・T・S・H　　年　　月　　日	
住　　所			電話	(　　)　　－

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です

保険証記号番号									医療証負担者番号								
保険者番号									医療証受給者番号								╳
被保険者区分	本人　・　家族								負　担　割　合	割							

記　事　（この度のご紹介経緯等、補足がございましたらお願いします）

※　折り返し「受付のご案内」を送信します。

※　当日は到着次第、正面玄関入ってすぐ左脇の「地域医療連携室」窓口にて受け付けます。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください

長岡西病院　地域医療連携室

(直通 TEL)0258(27)8519