

送付日 平成 年 月 日

田宮病院 受診申込書

地域医療連携室 (直通 FAX)0258(46)3206

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL : FAX 番号 _____

受診希望 平成 年 月 日 () 時頃

精神 科 _____

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受付窓口にてお声かけください。

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。

【お願い】 緊急を要するご紹介や診療時間を過ぎる場合は、必ず担当診療科の医師にご連絡下さい。

田宮病院 地域医療連携室
(直通 TEL)0258(46)2310