

(様式1)

診療申込書(紹介患者用)

1:登録(新規)

2:変更(再登録・兼科・保険追加)

平成 年 月 日

岩手県立江刺病院

(TEL 0197-35-2181)

(FAX 0197-35-0530)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診希望日または予定日												平成 年 月 日 (曜日)		
受診希望科 (希望する診療科 に○印を付けて ください。)	11	12	15	24	11	15	14	23	25	27			性 別	男 ・ 女
	消化器科	循環器科	外科	泌尿器科	血液内科	脳神経外科	小児科	皮膚科	産婦人科	眼科				
(フリガナ)														
患者氏名														
生 年 月 日	明・大・昭・平				年		月		日	年齢	歳			

※ 下記の欄は保険証のコピーまたは貴院カルテ表紙のコピーでもかまいません。

住 所	〒 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					市町村コード	
電 話 番 号	自宅 ()					呼出 ()																	
勤 務 先						電話番号 ()																	
被 保 険 者 氏 名						被保険者との続柄																	
保 険 区 分	主 保 険					後 期 高 齢 者			その他公費・互助会等														
保 険 者 番 号						3 9																	
記 号						受給者番号																	
番 号																							
本 人 ・ 家 族 別	1本人・2家族					負担割合 1割・割			1本人・2家族														
資 格 取 得 日	年 月 日					年 月 日			年 月 日														
有 効 期 限	年 月 日					年 月 日			年 月 日														
備 考																							

紹介元医療機関の所在地	
名 称	
医 師 氏 名	
電 話 番 号	FAX
()	()

- ※1 太線の枠内をご記入ください(市町村コード欄は除く)。
- ※2 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入ください。
- ※3 交通事故、労災で受診される場合は、備考欄にその旨をご記入ください。
- ※4 受診予定日の前日までにFAXでご送付ください。