



年 月 日

紹介患者さま事前登録申し込み用紙

希望受診日	年 月 日 () 午前・午後		
希望診療科		希望医師	
紹介目的			

患者さま個人情報

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年 月 日	男女
氏名				(歳)	
住所	(〒 -)		TEL		
当院の診察券をお持ちの方はID番号を記入してください					

患者さま保険情報

【被保険者証】

保険者番号									
記号	番号								
資格取得月日	年 月 日			有効期限	年 月 日				
被保険者氏名				続柄					
一部負担金の割合	割								

【公費負担医療受給者証】

負担者番号										受給者番号									
有効期限	年 月 日																		

紹介元医療機関

医療機関名			担当医師		
所在地			Tel		
			Fax		
備考					

- ☆ 15時30分以降の受け付けにつきましては診療科の都合により、お返事が翌日以降になる場合がありますのでご了承ください。
- ☆ 時間外・土・日・祝日に送信いただいた場合は、翌平日の受け付けとなりますのでご了承ください。
- ☆ 希望診療科によっては、お返事に日数がかかる場合がありますのでご了承ください。