



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                      |        | 日 生 年 月 | M・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番号を記入して下さい |        |         |           |       |    |

#### 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    |  |      |  |

- ☆ 翌日予約については前日の15時30分までとします。
- ☆ 15時30分以降の受付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ことがありますのでご了承下さい。
- ☆ 土曜日は受け付けいたしません。送信いただいても翌週平日の朝の処理となりますのでご了承下さい。