

# 診察申込書 (FAX用)

山陽小野田市民病院  
地域医療連携室 行

FAX 0836-83-8666

TEL 0836-83-2355

平成 年 月 日

紹介元医療機関	<div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                 医師氏名 _____                  TEL(     ) -     FAX(     ) -             </div>
---------	---

フリガナ						
紹介患者氏名						
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳	男・女
住所	〒 -					
電話番号	(     ) -	当院受診歴		有・無		

<b>希望紹介科名 (○で囲んでください)</b> 内科・小児科・外科・脳神経外科・整形外科 皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・産婦人科・放射線科 泌尿器科(腎・透析センター)・麻酔科・神経内科・歯科	<b>受診希望医師</b>  <b>受診希望日</b> 月    日    時頃
---	--

**紹介目的**

**紹介医師への電話連絡** ( 済・未 )   
 **紹介状の送付** ( 済・未・同時に発送 )   
 **緊急性** ( 有・無 )  
**来院方法** ( 独歩・搬送車・救急車・その他 )    (○で囲んでください)

\* 保険情報 (保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。)

被保険者証		後期高齢者医療受給者証		公費負担医療受給者票	
被保険者番号		市町村番号		負担者番号	
記号・番号		受給者番号		受給者番号	
有効期間		有効期間		有効期間	
区分	1. 本人    2. 家族	負担割合	1割    3割		