患者紹介申込書

● 発信月日　令和　　年　　月　　日

● 宛先　盛岡友愛病院 地域医療連携室 行　　FAX 019-637-2111(直通)

● 発信者

患 者 基 礎 情 報 の お 知 ら せ

※下記項目にご記入頂き、診療情報提供書も添付下さい。

受診予定日	月　　日		電話連絡	未 ・ 済 （ 医師名　　）					
受 診 科	（　　）科　□ 外来診察　□入院 □検査（　　）□ その他（　　）								
紹介目的									
ふりがな							性 別	男・女	
氏　名									
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日生						年 齢	歳	
住　所	〒								
電話番号									
勤 務 先									
勤 務 先 住　所	〒								
勤務先 電話番号									
保険者番号									本人・家族
記号･番号									
公費負担者番号									負担割合
公費受給者番号									（　　割）
備　考									

※ 保険証のコピーやカルテ表紙のコピーでも構いません。