

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		<input type="checkbox"/> 外来診察		<input type="checkbox"/> 入院			
	<input type="checkbox"/> 検査（ ）		<input type="checkbox"/> 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							枝番	
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。