診　療　申　込　書

＜FAX送信用＞

　　　年　　　　月　　　　日

医師の指定　□　無

大曲厚生医療センター　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　 　 □　有　　　 　　　　　　　　　先生

紹介元医療機関 名 称

紹介医師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男  ・  女 | 生　　　年　　　月　　　日 |
| 受 診 者 名 | 様  （旧姓：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 明　・　大　・　昭　・　平　・　令  　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　才） |
| 住　　 所 | 電　話　　　　　　　　（　　　　　　） | | |
| 傷病名又は主症状 | | | |
| 紹介目的 □診 察  □検 査 | | | |

受診希望日　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　曜日）

患者様　□お待ちです

□お待ちではありません

＊当院受診歴　　（ 有 ・ 無 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | |  | | | | | 本人  ・  家族 |
| 記号 |  | | 番号 |  | 枝番 |  |

これより下は、事務の方からご記入いただければ幸いです