

# 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	(旧姓: _____ )	様	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	<input type="checkbox"/> 診 察 <input type="checkbox"/> 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 )

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

保険者番号					本人 ・ 家族
記号		番号		枝番	