診　療　申　込　書

〈 FAX 送信用 〉

令和　　年　　月　　日

大曲厚生医療センター　（　歯科口腔外科　）

紹介元医療機関　　名称

紹介医師名

フリガナ			生　年　月　日
受診者名		男 女	明・大・昭・平・令 年　　月　　日（　　歳）
住所	電　話 携帯電話		
傷病名または主症状			
紹介目的，経過など（可能なかぎり詳細・具体的に記載をお願いいたします。） 当院受診歴（　有　　無　）ある場合には患者コード（　　）をお知らせ下さい。			

受診日時の希望について（日時・曜日・時間帯，その他ございましたらご自由に記載してください）

予約状況により、ご希望日に受診できない場合もありますのでご了承下さい。

保険者番号						本人 家族
記号			番号			
老人	1割	1公		2公		
	2割					