

内丸病院 宛て

令和 年 月 日

FAX番号①:019-625-0008 (地域連携室直通)

FAX番号②:019-651-8542 (病院代表)

## 受診申込書

<input type="checkbox"/> 外来受診希望 <input type="checkbox"/> 入院希望(当日入院希望の際は連携室へお電話ください)				
申し込み診療科(以下の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入し上記FAX番号へ送信をお願い致します)				
循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> その他(				
受診希望日				
受診希望日① 令和 年 月 日( )			希望医師名	
受診希望日② 令和 年 月 日( )				
患者情報	ふりがな		性別	
	氏名	(姓)	(名)	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳		
内丸病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(5年以内)	移動手段	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> ( )	
★下記の欄は保険証のコピー、または貴院のカルテ表紙をFAXして頂いてもかまいません。				
患者情報	住所			
	電話番号			
	保険者番号	記号番号		
	負担割合	1割・2割・3割	<input type="checkbox"/> 本人	公費負担者番号
			<input type="checkbox"/> 家族	公費受給者番号
その他	労災・生保・交通事故・その他の公費 ( )			
貴院情報	貴院名 (医師名)			
	住所			
	電話番号			

※診療情報提供書も併せてFAXをお願い致します。

※不明な点は地域連携室へご連絡下さい。 TEL 019-654-5331(代)

担当:佐々木・釜沢・倉本