

紹介連絡・予約申込票

(申込年月日： 年 月 日 午前・午後 時 分)

依頼先：平野総合病院				依頼元				病院・医院・電話			
医師				先生				医師 FAX			
公費負担者番号				保険者番号							
公費の受給者番号				記号・番号							
フリガナ				有効期限							
氏名				男・女				資格取得			
								事業所			
生年月日				大・昭平・令 年 月 日				保険者・市町村 電話			
住所				〒 電話				保険組合所在地			
				下記の有効期限				年 月 日			
被保険者・世帯主氏名				子ども・重・1人親							
職業				世帯主・被保険者との続柄				難病			
受診者の負担率				窓口 割 本人・家族・その他()				()			

診断名または症状：

検査・診療希望日 月 日 午前・午後		B 診察 希望診療科	
A 検査 希望事項または依頼検査項目(方法：部位)		希望担当医師名	
<ul style="list-style-type: none"> CT (:) MRI (:) 胃カメラ(食道・胃・十二指腸・リウパクテ検査) その他 		依頼事項 C 開放型病床への入院依頼 希望入院日 年 月 日 希望診療科 希望担当医師名	

き り と り 線

返信・予約控

先生	
患者の氏名	様 予約日 月 日 () 午前・午後 時 分
当日は、時 分までに へ、本状、診療情報提供書、保険証、医療費受給者証明書を持っておいでください。以前当院で受診されたことがある方は当院の診察券もお持ちください。	
その他の指示	()
病院・医院	科
担当医	電話 FAX