

診療予約申込書 (FAX 送信用) 本人・家族

保険者番号									
記号・番号									
高齢者負担割合		割	受診歴	有・無					
被保険者				続柄					

公費負担者番号									
公費受給者番号									
公費負担者番号									
公費受給者番号									

公立福生病院行
FAX 042-551-6164 (地域医療連携室)

受診予定日 年 月 日

依頼科名 _____ 科

希望医師 _____ 医師

医療機関
の所在地
及び名称

[電話番号] _____

_____ 科

[医師氏名] _____

共同診療の希望 有 無

		紹介日	年 月 日
患者氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
患者住所	〒	電話番号	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	職業	

- ※ 患者情報につきましては、診療録を送付していただいても結構です。
- ※ 保険証の写しを送付して頂いても結構です。
- ※ この申込書と一緒に診療情報提供書も F A X にて送付をお願いします。

4 枚綴

- 1 診療予約申込書 (紹介元医療機関)
- 2 紹介状・診療情報提供書 (公立福生病院提出用)
- 3 紹介状・診療情報提供書 (紹介元医療機関)
- 4 紹介状をお持ちの患者さんへ (患者さん控)

使 用 方 法

※FAX を使用し事前受付をする場合： 1 枚目よりお書き下さい。

- ◎ 1 枚目に必要事項を記入し FAX 送信をお願いいたします。
- ◎ 2 枚目には追加事項を記入し封筒に入れ、4 枚目「紹介状をお持ちの患者さんへ」と一緒に患者さんにお渡ししてください。
- ◎ 3 枚目は貴院控となります。

※事前受付をしない場合： 2 枚目よりお書きください。

- ◎ 2 枚目を記入し封筒に入れ、4 枚目「紹介状をお持ちの患者さんへ」と一緒に患者さんにお渡ししてください。
- ◎ 3 枚目は貴院控となります。