

地域医療連携診療予約申込書

紹介先医療機関名 : 一般財団法人 新田目病院

担当部署 : 地域連携・医療福祉相談室

FAX送信先 : 0246 - 29 - 4031 ※診療情報提供書を併せてFAX願います

申込年月日 年 月 日 ()

① 受診希望年月日 年 月 日 ()

② 受診希望年月日 年 月 日 ()

③ ①、②以外でも 可 ・ 否 (○をつけて下さい)

受診者氏名	フリガナ	性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
	様 (旧姓)	男 ・ 女			
※氏名・フリガナは正確にご記載ください					
現住所	〒 TEL () -				
保険証記入欄	保険証番号		勤務先名称		
	記号・番号		勤務先住所		
	取得年月日	年 月 日	後期高齢者 保険者番号		一部負担金割合
	被保険者名		被保険者番号		<input type="checkbox"/> 1割
	被保険者との続柄		被保険者番号		<input type="checkbox"/> 3割
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院中 ・ <input type="checkbox"/> 入院中		<input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 労災		
受診科	<input type="checkbox"/> 精神科 ・ <input type="checkbox"/> 心療内科 (新田目病院は、精神科・心療内科専門病院です)				
病名 または 主症状				<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 車イス
				<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
				<input type="checkbox"/> 独歩	
資料持参	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (レントゲンフィルム・CD-R・心電図・各種検査結果等)				
希望医師名					
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (年 頃)				
紹介元医療機関名 _____ 科					
医師氏名 _____					
住所 〒 _____					
TEL () -					
FAX () -					

※希望された医師以外の医師が診察する場合がありますので、あらかじめご了承ください。