

紹介患者診療申込書

令和 年 月 日

①予約申込み ②カルテ作成用 (受診日未定または通常受付時間8:30~11:00受診希望)

※ご希望の口にチェックして下さい。①の方へは、当院からのFAX予約票 ②の方へは、本紙をお渡し下さい。

紹介元医療機関名

医師氏名

所在地

ご連絡先 TEL ( ) - FAX ( ) -

受診希望日 令和 年 月 日 ( )	
診療科	1 呼吸器内科 2 呼吸器外科 3 消化器内科 4 消化器外科
希望医師名	5 心臓血管内科 6 心臓血管外科 7 脳神経内科 8 脳神経外科
紹介目的 (簡単にご記入をお願い致します。)	9 糖尿病・内分泌内科 10 血液内科 11 整形外科 12 形成外科
	13 皮膚科 14 泌尿器科 15 眼科 16 小児科 17 耳鼻咽喉科
	18 乳腺・内分泌外科 19 産科・婦人科 20 緩和ケア外科
	21 臨床腫瘍科 22 放射線科 23 心療内科・精神科
	24 腎臓内科 25 小児外科

※放射線科、心療内科・精神科のご予約は095-822-3251(代)より直接各外来へご連絡ください。予約票の発行はありません。

※糖尿病・内分泌内科、脳神経内科、小児外科の初診は完全予約制となります。

※検査によっては、当日に出来ない検査(胃カメラ・大腸カメラ・冠動脈CTなど)もありますので御了承下さい。

【患者情報】\*保険情報は保険証のコピーを送信いただいても結構です。

フリガナ		男・女	T・S・H・R / 西暦	受診歴
患者氏名	旧姓 ( )		年 月 日 ( 歳)	有・無
住 所	〒		TEL ( ) - 携 帯 ( ) -	
被保険者との続柄	(1)本人 (2)家族	被保険者名		
保 険	保 険 者 番 号	記号	番号	
	有 効 期 限	令和 年 月 日		
公 費	公費負担番号		公費受給者番号	
	後期高齢者医療負担割合	1割 3割	高齢受給者負担割合	1割 2割 3割

FAX受付時間：月曜日～金曜日 8:45～16:30(祝祭日・年末年始を除く) ※16:30以降は翌日対応です。

受診される患者様へ

- ・受診日当日は1階総合案内へお越しください。
- ・お持ち頂くもの 紹介状(診療情報提供書) 診察券(お持ちの方) 予約票または本紙
- 保険証 (原爆手帳や後期高齢者・公費医療証) レントゲンフィルムなど (必要な場合のみ)