

診療申込書

申込日 平成 年 月 日

戸畑総合病院
地域医療連携室 宛

〒804-0025
北九州市戸畑区福柳木1丁目3-33
TEL 093-871-2714 (連携室直通)
FAX 093-871-2715 (連携室直通)

*紹介元医療機関

医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師氏名

依頼内容	<input type="checkbox"/> 外来受診	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 検査
ふりがな			
患者様氏名	男・女 (旧姓/)		
生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 (歳)	連絡先	自宅 携帯
住所			
受診希望日	第1 予約希望：平成 年 月 日 (曜日) 時頃		
	第2 予約希望：平成 年 月 日 (曜日) 時頃		
	<input type="checkbox"/> いつでも良い		
診断名・症状			
受診希望科	科	受診希望医師	
希望検査	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> その他 ()
	※検査依頼の場合のみ記入して下さい。 造 影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		部 位 ()

◆ 保険情報

保険者番号		被保険者との続柄	本人・家族
被保険者証 記号・番号		負担割合	
公費負担者 番号		公費負担 医療受給者番号	

*事前にカルテ作成をさせて頂くため、お手数ですが患者様の基本情報を記入してFAXして下さい。
*月曜日～金曜日 17:00 以降の受診や救急受診については御電話でのご連絡をお願い致します。