

平成 年 月 日

診 療 申 込 (情 報) 書

大野記念病院
地域連携室 御中

所在地
医療機関名
紹介医師名

TEL

FAX

受診科	科	医師名	
受診目的			
受診希望年月日			
平成	年	月	日 (曜日) 時 分

※ 多少時間のズレがありますのでご了承下さい。

※ 下記の欄は、患者様の健康保険被保険者証コピーをFAXして頂いても結構です。

フリガナ			性別	被保険者	続柄
患者氏名	(性)	(名)	男 女		本人 家族
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)				
フリガナ					
住所					
保険者番号			自宅電話 ()	-	
記号			番号		
事業所名	電話 () -				
資格取得	・	・	本人	負	外来
有効期限			家族	担	入院
老人・公費	有・無	負担者番号			
老人一部負担金	有・無	受給者番号			

地域連携室	FAX	(06) 6531-5396
	TEL	(06) 6531-0819