

平成 年 月 日

FAX による受診予約申し込み票

(村上記念病院 FAX 番号 0897-56-2337)

紹介元医療機関名

医師氏名 _____

電話 () -

FAX () -

紹介患者	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	性別	男・女
	住所						
電話番号	()	-					
受診科	科 医師名 ()						
いずれかに○をつけて ください	1、受診のみ 2、受診と検査 3、検査のみ (CT・MRI: 部位 _____)						
受診希望日時	月	日	時ごろ	<input type="checkbox"/> ご相談後決定			
患者様の症状等							

…………以下の項目はカルテ表紙を FAX していただいても結構です…………

保険者番号							
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号							
被保険者との続柄	本人・家族			負担割合: 1・2・3割			
公費負担者番号							
受給者番号							
公費負担者番号							
受給者番号							
保険適応外: 妊娠・交通事故・労災・生保・その他 ()							