

取扱注意：FAX番号再確認

# 診察予約申込書

平成 年 月 日

富山通信病院

科 医師 行

TEL：076-421-7819

FAX：076-421-7829

|       |  |     |  |
|-------|--|-----|--|
| 医療機関名 |  |     |  |
| 所在地   |  |     |  |
| 医師氏名  |  |     |  |
| TEL   |  | FAX |  |

|       |                   |      |         |    |   |   |
|-------|-------------------|------|---------|----|---|---|
| フリガナ  |                   | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年  | 月 | 日 |
| 患者氏名  |                   | 年齢   | 歳       | 性別 | 男 | 女 |
| 住所    | 〒                 |      | TEL     |    |   |   |
| 受診希望日 | 年 月 日 ( )         |      |         |    |   |   |
| 紹介目的  |                   |      |         |    |   |   |
| 当院受診歴 | 有 ・ 無 (有の場合患者番号 ) |      |         |    |   |   |

## 被保険者証情報

※診療録作成のため必要ですので、必要事項をご記入ください。

|       |        |       |      |                |
|-------|--------|-------|------|----------------|
| 被保険者証 | 記号     | ..... | 番号   | .....          |
|       | 保険者番号  | ..... |      |                |
|       | 被保険者氏名 |       |      | 続柄 ( 本人 ・ 家族 ) |
|       | 資格所得日  | 年 月 日 | 有効期限 | 年 月 日          |
|       | 事業所名   |       |      |                |

|                 |       |       |         |
|-----------------|-------|-------|---------|
| 老人／公費負担番号       | ..... | ..... |         |
| 老人／公費負担医療の受給者番号 | ..... | ..... | 1割 ・ 2割 |
| 取得日             | 年 月 日 | 有効期限  | 年 月 日   |
| 公費対象疾患          |       |       |         |