

# 【記入例】



## 東京慈恵会医科大学附属病院 FAX予約診療申込用紙

(FAX送信用)

受付時間 月～金曜日 9:00～18:30 土曜日 9:00～17:00

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも結構です。)

後期高齢者医療、公費情報

公費情報

保険者番号	1	3	8	0	3	2	<input checked="" type="radio"/> 本人	1割	負担者番号		1割	負担者番号	
記号	03-01	番号	1	2	3	4	<input type="radio"/> 家族	2割	受給者番号		2割	受給者番号	
							<input type="radio"/> 3割	3割	受給者番号		3割	受給者番号	

※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください。

平成〇〇年〇月〇日

消化器肝臓内科 **指定医師名 先生**

紹介元医療機関名 医療法人社団 〇〇会 〇〇医院

所在地 東京都港区〇〇〇 〇-〇-〇

TEL 03-1234-5678

FAX 03-1234-5679

医師氏名 **山田 一郎**

第1希望	8月	10日	金曜日
第2希望	8月	13日	月曜日
第3希望	8月	15日	水曜日

フリガナ	ジケイ タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭・平
患者氏名	<b>慈恵 太郎</b> 様				63年 7月 25日 (〇〇歳)	
住所	〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18		電話 (自宅)	03-3433-1111		
			(携帯)	-		
			(勤務先)	03-5400-1202		
当院または晴海トリクリニック・新橋健診センター受診歴 (有り・ <input checked="" type="radio"/> 無し・不明)			慈恵医大 診察カード番号			

※該当の場合□に✓をお願いします。 □入院中 □ストレッチャーで来院  
 ※セカンドオピニオンの申込みはこの用紙では対応しておりません。医療連携室まで、お問い合わせください。

主訴又は病名・症状	<b>病名</b>	逆紹介希望	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
紹介目的 [入院・転医・精査 (	) ・手術・リハビリ・その他]		
<b>(病名) の精査</b>			

医師指定がない場合、空欄にせず「担当医」、「初診担当」などご記入ください。

後期高齢者医療又は公費等をお持ちの場合はご記入ください。

### <紹介される先生にお願い>

氏名には必ず保険証と同じ正しい文字でご記入ください。(カルテ作成上必須です。)