

【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	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	家族	2割	受給者番号		2割	受給者番号	
								3割			3割		

※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください。

〇〇年 〇月 〇日

消化器肝臓内科	指定医師名	先生	<当院使用欄>	紹介元医療機関名	医療法人社団	〇〇会	〇〇医院
第1希望	8月	10日	金曜日	所在地	東京都港区	〇〇〇	〇-〇-〇
第2希望	8月	13日	月曜日	TEL	03-1234-5678		
第3希望	8月	15日	水曜日	FAX	03-1234-5679		
				医師氏名	山田一郎		

フリガナ	ジケイ	タロウ	西暦・明・大・昭・平・令
患者氏名	慈恵 太郎 様		生年月日
			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・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 □車で来院 □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	病名	逆紹介希望	□有 ・ □無
紹介目的 [精査・加療・転院・リハビリ・その他]	(病名) の精査		

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。)