

【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 | 138032 | 本人 | 2割 | 負担者番号 | | 1割 | 負担者番号 | | |
| 記号 | 03-01 | 番号 | 1234 | 家族 | 3割 | 受給者番号 | | 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。
※医師の指定がない場合、空欄にせず「担当」とご記入ください。

〇〇年 〇月 〇日

| | | | | | | | | | | |
|----------|-------------|----|----------|---------|----------|----------|-------|------|--------------|-----|
| 消化器肝臓内 科 | ※専門外来ご希望の場合 | 外来 | 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 | | |
| | | | | | 所在地 | 東京都港区〇〇〇 | 〇-〇-〇 | TEL | 03-1234-5678 | FAX |

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|--------------|---------|----------|------------------|
| フリガナ | ジケイ タロウ | 性別 | 男 | 生年月日 | 63年 7月 25日 (〇〇歳) |
| 患者氏名 | 慈恵 太郎 様 | 西暦 | 大・昭・平・令 | 電話 (自宅) | 03 - 3433 - 1111 |
| 住所 | 〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18 | 電話 (携帯) | - - | 電話 (勤務先) | 03 - 5400 - 1202 |
| 当院または晴海トリートメントクリニック・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。 □貴院入院中 □車イスで来院 □ストレッチャーで来院 □その他 ()

| | | |
|--------------------------|----------|-------------------|
| 主訴又は病名・症状 | 病名 | 逆紹介希望 (□有り ・ □無し) |
| 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。)