

【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	枝番	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	負担者番号		1割	負担者番号	
記号	03-01	番号	<input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	受給者番号		2割	受給者番号	
						3割		

※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

※専門外来ご希望の場合 消化器肝臓内 科	外来 指定医師名 先生	<当院使用欄> 貴院名 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 担当者名 記載の FAX 番号に予約票を返信いたします。 記載漏れがあると返信できない場合がございます。
	<input type="checkbox"/> 最短日希望 ※翌日以降での調整となります。 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="checkbox"/> 男・女	生年月日	西暦・大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭・平・令
患者氏名	慈恵太郎 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="checkbox"/> 無し・不明)		慈恵大学病院 診察カード番号			

※該当の場合 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を お願いします。	<input type="checkbox"/> 貴院入院中 [<input type="checkbox"/> 入院中のみ当院へ受診 <input type="checkbox"/> 退院後、当院へ受診→退院予定日 月 日]
	<input type="checkbox"/> 代理受診 (代理の方が受診する場合、自費料金となります。) <input type="checkbox"/> 車イスで来院 <input type="checkbox"/> ストレッチャーで来院
	<input type="checkbox"/> 日本語での診察不可 <input type="checkbox"/> 通訳の手配不可 <input type="checkbox"/> 日本の公的医療保険に加入していない

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・手術・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。)