

令和 年 月 日

岩手県上閉伊郡大槌町小槌第23地割字寺野1番地1

紹介患者用診療申込書

岩手県立大槌病院

TEL 0193-42-2121

FAX 0193-42-3148

受診希望日	[無 ・ 有 (令和 年 月 日())]					医師希望
【当日受診の場合は担当医師への電話連絡 済 ・ 無】						
希望診療科	内科	外科	整形外科	皮膚科	眼科	
所見等						
フカナ						男 ・ 女
患者氏名						
生年月日	M	T	S	H	R	年 月 日 才

下欄は保険証のコピー又は貴院カルテ表紙のコピーでもかまいません。

住 所	郵便番号					
電話番号	自宅 ()			呼出 ()		
勤務先	電話番号 ()					
被保険者名				被保険者との続柄		
保険区分	主保険 (国保 ・ 社保)		後期高齢者・高齢者保健		その他公費負担	
保険者番号						
記 号			受給者番号			
番 号						
本人家族別	本人	家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	本人	家族
資格取得	年	月	日	年	月	日
有効期限	年	月	日	年	月	日
備 考						

紹介元医療機関の所在地
名 称
医師氏名
電話番号 () FAX ()