

紹介患者さま診療録事前作成用 FAX用紙

{ FAX 0120-435-351 }
{ TEL 053-435-1522 }

フリガナ						生年月日	明・大昭・平	年	月	日	
氏名	様		男・女								
現住所	Tel () -										
医療保険	保険者番号			記号 番号			本人家族	負担割合	取得年月日		
							本人・家族	割	年	月	日
公費	負担者番号			受給番号			外来負担	入院負担	開始日		
							割	割	年	月	日
							割	割	年	月	日
生保	労災	通災	交通事故	自賠責 健保	保険会社名						
受診及び検査予定日	年		月	日	曜日		時	分			

※診療科の番号を○で囲んでください。また、医師の指名等がありましたらご記入下さい。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	備考欄	
内科	循環器科	神経内科	外科	消化器科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	歯科口腔外科	放射線科			
検査内容	・MR ・CT ・RI ・骨密度 ・腹部エコー ・心エコー ・内視鏡 ・その他 ()													

医療機関名

電話番号

キ リ ト リ セ ン

(患者さまにお渡しください。)

診察予約券

氏 名 様

※ 予約時間どおり診察できないことがありますので、ご了承ください。

受診予定日 年 月 日 曜日

※ 歯科口腔外科に受診される場合は、直接歯科口腔外科の受付にいらしてください。

時 分

診 療 科

保険証・診療情報提供書(紹介状)・浜松北病院診察券(お持ちの方)を総合受付へご提出ください。

受診予定日に来院できないときは、地域医療支援課までご連絡ください。電話 053-435-1522(地域医療支援課) 053-435-1111(内線260)