

診療情報提供書 (兼) 診察申込書

電話連絡を希望する場合

年 月 日

電話連絡を 希望する 希望しない 予約専用番号 080-1605-3129

* “希望する” を選択された場合は下記にお答えください。

病院から患者さんへ電話をして調整する 患者さんから病院へ電話をして調整する
連絡先 (① ②)

* 患者さんから病院へ電話をかけていただく場合は、午前 10 時～午後 4 時までとさせていただきます

津島市民病院

科 先生宛

紹介元

医療機関名 :

医師名 :

TEL :

FAX :

希望受診日 年 月 日 曜日

下記の方を紹介いたします。よろしくお申し上げます。

公費負担者番号				保険者番号				
受給者番号				記号・番号				
受診者名	フリガナ		男	負担割合		有効期限		年 月 日
			女	割		被保険者氏名		続柄
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	歳	資格取得		年 月 日	
住所	〒						TEL	

主訴又は診断 :

経過及び依頼目的 :

現在の治療

持参資料 フィルム 枚 その他返却すべき資料 () 具体的に