

FAX:0740-27-1840

紹介患者様 診療・検査依頼書

紹介医療機関様の所在地・名称

	TEL:	-	-
	FAX:	-	-

診療 申し込み 検査	第1希望日	月	日	時
	第2希望日	月	日	時
診療科 科	医師名 医師	緊急性 あり・なし (救急車・自家用車)		
		入院希望 あり・なし		
受診依頼目的				
検査内容	CT・MRI・胃内視鏡・大腸内視鏡・その他()			

※検査と合わせて診療の希望はございますか？ はい・いいえ

患者様保険情報

フリガナ		性別	被保険者
患者氏名		男・女	本人・家族
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日 (才)
住所	〒 - 電話番号: 携帯番号:		
保険者番号		公費負担者番号	
記号		公費受給者番号	/
番号		福祉負担者番号	
枝番		福祉受給者番号	/
資格取得日	年 月 日	資格取得日	年 月 日
資格有効期限	年 月 日	資格有効期限	年 月 日
一部負担割合	1割・2割・3割	福祉一部負担金	あり・なし

※緊急入院が必要な場合は、地域医療連携室までご連絡頂きますようお願いいたします。



TEL:0740-27-0099

FAX:0740-27-1840