

予 約 申 込 書 (診 療 ・ セ カ ン ド オ ピ ニ オ ン) FAX 送 信 票

申込日 平成 年 月 日

紹 介 元	医療機関名	所属科		
	担当医師	TEL - -		
	所在地	FAX - -		
診 療	診 療 科	<input type="checkbox"/> 診療科 科		
	担 当 医 師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 医師		
療 依 頼	診 察 日	<input type="checkbox"/> 診察希望日 ① 年 月 日 () ② 年 月 日 ()		
	紹 介 目 的	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン 現在貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		

※受診当日入院中の場合は、入院基本料のわかる書類をお持ち下さい。

※患者様の診療情報提供書を申込時にFAXしてください。

患 者 基 本 情 報				
フリガナ		性別	被保険者氏名	続柄
患者氏名		男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
住 所 電話番号	〒 自宅 TEL () 携帯 TEL ()			
保 険 情 報	保険者番号		公費 番号	
	記 号		福祉	
	番 号		医療	
	自己負担率	割		
本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番)			