

紹介受診者申込書

平成 年 月 日

さくら会病院 行

(紹介医→さくら会病院地域連携室)

FAX 072-367-7775

- 脳神経外科 整形外科 内科
 () 科

指定の医師があればご記入下さい

- 担当医 _____
 担当医は病院の診療体制にゆだねる

施設名 _____
 医師名 _____
 T E L _____
 F A X _____

- 第1診察希望日 月 日 ()
 第2診察希望日 月 日 ()
 診察日は病院の診療体制にゆだねる

氏名	フリガナ		男女	住所	〒
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		電話番号 () - 携帯番号		
さくら会病院受診歴	有 ・ 無				

★ お手数ですが診療情報提供書を添付して下さい。

★ 保険情報の記入をお願いします。

★ 保険情報はコピー添付でも可。

保険者番号		本人・家族(被保険者:)	
記号		負担割合: 1割 2割 3割	
資格取得日		番号	
有効期限			
高額区分	なし ・ A ・ B ・ C ・ 区分Ⅱ ・ 区分Ⅰ		
公費	有 ・ 無	種類	

★ 通信欄