

[FAX送信用]

紹介元医療機関用

令和 年 月 日

紹介患者用 診療・検査申込書 (どちらかに○を付す)

紹介元医療機関名

紹介元医師名

電話番号

FAX番号

受診科名																
受診科に ○をして ください。	内科	消化器内科	神経内科	精神科	循環器内科	小児科	外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科

受診希望日①	令和	年	月	日 ( )
受診希望日②	令和	年	月	日 ( )
いつでもよい	その他			

フリガナ		男・女	生年月日	明 大 昭 平 令
受診者名	様			年 月 日 才
住 所	〒 -			電話番号
				- -

希望検査項目 CT MRI ( 部位: 単純のみ・単純+造影・造影のみ )

医師の指定 なし・あり 医師名 ( )

備 考

患者様の保険証番号

保険証番号		被保険者氏名	
記号・番号		本人	
資格取得		家族	
有効期限		高齢受給	1割 3割
公費負担番号		負担割合	
公費負担番号		高齢福祉医療	77 78

- ※ 患者様のカルテを作成いたしますので、この用紙に記載しFAXしてください。
- ※ 患者様の来院時には診療予約票(検査予約票)、紹介状(診療情報提供書)、保険証を、また、検査予約の場合はCT・MRI検査依頼書を提示していただきますようお願いいたします。

北秋田市民病院 患者サポートセンター内  
地域医療連携室

〒018-4221 北秋田市下杉字上清水沢 16-29

TEL 0186-62-7001 (代表)

FAX 0186-78-9508 (専用)