社会保険高浜病院　地域医療連携室

FAX　０７７０-７２-０８２２

紹介・予約　申込書　（FAX 送付票）

紹介元	医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿	所属科＿＿＿＿＿＿＿＿
	担当医師＿＿＿＿＿＿＿＿	TEL＿＿＿＿＿＿＿＿
	所 在 地＿＿＿＿＿＿＿＿	FAX＿＿＿＿＿＿＿＿

診療依頼	診 療 科	□指定なし　□診療科指定
	担当医師	□指定なし　□医師指定　医師
	診 察 日	□診察希望日　年　月　日（　）
	紹介目的	□診察　□検査　□治療　□入院　□その他 （コメント）

患者基本情報

患者様の基本情報・保険情報の提供をお願い致します。

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	TEL（　－　－　）			

保険番号	保険者番号		公費番号	
	記　号			
	番　号		福祉医療	
	資格取得	昭・平　年　月　日		

本院受診歴	□なし　□不明　□あり（診察券番号　）