



聖霊病院緩和ケア科外来予約申込書

医療機関名
所在地
担当医ご氏名
電話番号
FAX番号

ふりがな 患者様氏名	-----		当院ID あり・なし	
			ID	□□ - □□□□□□ - □□
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	性別	男・女	
患者様住所	〒 -			
患者様電話番号	() -	緊急連絡先	() -	

保険証番号		被保険者証記号・番号	
被保険者証名		負担割合	
有効期限	年 月 日～ 年 月 日まで(資格取得日 年 月 日)		

公費負担医療受給されている場合はご記入下さい。

公費負担者番号		受給者番号	
有効期限	年 月 日～ 年 月 日まで		備考

※保険証につきましては、コピーを添付して頂ければ、ご記入いただかなくても結構です。

傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来通院	・	<input type="checkbox"/> 入院
入院の有無	<input type="checkbox"/> 外来通院中	・	<input type="checkbox"/> 現在入院中
告知について	<input type="checkbox"/> 告知済	・	<input type="checkbox"/> 告知未
ホスピスについて	<input type="checkbox"/> 理解有	・	<input type="checkbox"/> 理解なし()
備考	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

・紹介状は、お手数ですが必ず事前送付下さいますようお願い申し上げます。

FAX (052)832-6735

TEL (052)832-1181(内線5316)