



聖霊病院紹介患者紹介予約システム 予約申込書

医療機関名

所在地

医師名

電話番号

FAX番号

ふりがな 患者氏名			当院ID	あり・なし
			ID	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	性別	男・女
住所	〒 -			
電話番号	() -	緊急連絡先	() -	

保険者番号		記号・番号	
本人・家族	本人・家族	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、ご記載いただかなくても結構です

受診診療科 (ご希望の診療科に○をつけて下さい。)	①内科 ②小児科 ③外科 ④脳神経外科 ⑤整形外科 ⑥皮膚科 ⑦泌尿器科 ⑧産婦人科 ⑨眼科 ⑩耳鼻咽喉科 ⑪歯科口腔外科
希望診療日	第1希望日 年 月 日 () 時頃 第2希望日 年 月 日 () 時頃
希望医師	1.なし 2.あり ⇒ 医師名 ()
専門領域の指定	1.なし 2.あり ⇒ 専門領域 ()
傷病名	
紹介目的・主訴	<input type="checkbox"/> 別紙 診療情報提供書参照
備考	

※ 紹介状は出来上がり次第、FAXにてご送信下さい

FAX (052)832-6735 TEL (052)832-1181(内線5316)