

(様式1)

# 栗山赤十字病院

FAX (01237)2-1744(地域医療連携室)

## 病診連携 診療申込書

申込年月日 年 月 日( )

受診予定日 年 月 日( )

受診者氏名	フリガナ	性別	生年月日 ( )歳
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
現住所	〒 _____ TEL ( ) _____		
保健証記入欄	保険者番号	勤務先	
	記号・番号	勤務先所在地	
	被保険者名	老人医療市町村番号	
	被保険者との続柄	受給者番号	
	資格取得月日	資格取得月日	
受診科		病名又は病状	
当院受診歴	あり・なし ありの場合 年 月頃 ( )科に受診 I Dカードありの場合 I D番号( )		
紹介元医療機関名 〒 _____ TEL FAX			

\* 至急の場合は、保険証のコピーをFAXして頂いてもかまいません。