



長門総合病院 地域医療福祉連携室 行
 FAX: 0837-22-2539
 TEL: 0837-22-2518

申込日 (FAX送信日)			
R	年	月	日

紹介患者診療申込書

紹介元医療機関			
医療機関名		電話	
診療科・医師氏名	科	先生	FAX

誤送信を防ぐため正確にご記載ください



希望科、希望日							
希望受診科		現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中	受診希望日			
医師名		医師への連絡	有 ・ 無				
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他()						
				①	年	月	日
				②	年	月	日
				③	年	月	日

患者様情報						
ふりがな		旧姓	性別	生年月日	大・昭・平・令	歳
氏名			男・女		年	月 日
住所	〒			電話	自宅 () 携帯 ()	

保険情報 (カルテの写しや医事画面の印刷等でも可)			公費負担受給者証		
保険者番号			負担者番号		
記号・番号			受給者番号		
開始日		本人・家族	負担割合	割	有効期限

備考	
----	--

〒759-4194
 長門市東深川85番地
 長門総合病院
 地域医療福祉連携室
 電話: 0837-22-2518
 FAX: 0837-22-2539