診　察　申　込　書　　　　　ＦＡＸ送信票

滋賀県立総合病院　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 　年　 　月　　 日

|  |
| --- |
| 紹介医療機関名　　　　　　　　　　　　診療科名　　　　　　　医師名　　ＴＥＬ　　　　―　　　　　―　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　―　　　　　― |
| 診察申込 | 診療科　　　　　　　　　　　 医師名（希望医師に○をお付けください）　リハビリテーション科　　中馬医師　新里医師　丸木医師　川上医師　（　　　　医師）受診希望日時　　第１希望　　　月　　　日　　　時　　　分　　第２希望　　　月　　　日　　　時　　　分 |

患　者　様　基　本　情　報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがなをお書き下さい）　　男　・　女生年月日　　明　　大　　昭　　平　　令　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　歳）住所(〒　　-　　　)　　　　　　　　　　　　 　　　　　　ＴＥＬ　　　　-　　　　-　　　　　本院受診歴　　　無　・　有　→診察券番号（　　　　　　　　　　　　）できるだけ記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　感染症検査　　　未実施　・　実施済み　→　ＨＢｓＡｇ（　　　）、ＨＣＶＡｂ（　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＰＨＡ（　　　） 、ＭＲＳＡ（　　　）患者様保険情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号　番号 |  |  |  |
| 資格取得年月日 | 　　　年　　月　　日　 |  |
| 有効期限 | 　　　年　　月　　日　 |
| 被保険者氏名 |  | 続柄 |  |
| 一部負担金の割合 | 　　　　　　　　割 |

|  |
| --- |
| **画像ﾃﾞｰﾀのＣＤ-Ｒ等** |
| **有****・****無** | 　　　　　　**枚** |

国保・社会保険・後期高齢者　　　　　　　　　公費負担医療受給者証

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期間 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 老人負担金割合 | 　　　　　　　　割　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期間 | 　　　　年　　　月　　日 |

 |

**お申し込みは滋賀県立リハビリテーションセンター（下記番号）までファックスしてください。**

**ＴＥＬ０７７－５８２－９７１０　　　　ＦＡＸ０７７－５８２－５７２４**