

診察申込書 (FAX送信票)

年 月 日

紹 介 元	医療機関名				
	医師名			TEL()
	連絡先			FAX()
診 療 依 頼	診療科	科			
	担当医	<input type="checkbox"/> 指定なし		<input type="checkbox"/> 医師指定 医師	
	受診希望日	第1希望	月 日	第2希望	月 日
	紹介目的				
	入院希望	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり (注) 本院には、開放型病床はありません。	
	入院日	<input type="checkbox"/> 受診日当日		<input type="checkbox"/> 受診後決定	

患者基本情報

照会元医療機関で、 入院中 外来中

事前に診療録の準備をさせていただきますので、保険情報または保険証のコピーをお願いいたします。

フリガナ			性別	被保険者氏名	続柄																		
氏名			男・女																				
生年月日	年 月 日 (歳)																						
住所	〒 - -																						
電話番号	TEL (- -)																						
保 険 情 報	保険者番号											公費 医療	負担者番号										
	記号												受給者番号										
	番号											有効期限	年 月 日										
	資格取得	年 月 日										福祉 医療	負担者番号										
	有効期限	年 月 日											受給者番号										
	一部負担金の割合	割											有効期限	年 月 日									

当センター受診歴 なし 不明 あり (診察券番号)

※ FAX受付時間

9時～16時30分 (土日祝日年末年始は除く)
受付時間以外の予約の返信は、翌診療日となります。

FAX番号
077-582-6276

この申込書の様式は、インターネット (滋賀県立小児保健医療センターホームページ) から、ダウンロードできます。(http://www.med.shiga-pref.jp/mccs/)

(HP1203)