

## 地域連携患者受診申込書

病(医)院名 \_\_\_\_\_ 住所(〒 \_\_\_\_\_ )  
 紹介医 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fax番号 \_\_\_\_\_

フリガナ		患者連絡先電話番号
紹介患者名		(      )
生年月日	M・T・S・H                  年                  月                  日 (男・女)	
病院受診歴	なし ・ あり ( 藤枝市立総合病院 ID      -      - )	
受診科	科	
受診医師名	担当医様 ( 特に指定される場合 :    先生 )	
受診予定日	月                  日 (                  曜日)      午前 ・ 午後	

発信日時:                  月                  日                  時                  分

### 【カルテ頭書記入欄】

※ カルテ頭書の全項目を記入してください。資格取得日、事業所名もお忘れなくお願いします。

平成                  年度                  健保  
 第                  号                  国保  
 診療録                  本人 ・ 家族

保険証	預	・	・	・	・
	返	・	・	・	・

患者番号							公費	割	保険	割			
公費負担者番号							保険者番号						
公費負担医療の図給者番号							被保険者証	記号・番号・有効期限	平成                  年                  月                  日				
受診者	フリガナ							世帯主氏名					
	氏名						資格取得		平成                  年                  月                  日				
	生年月日	明・大・昭・平						事業所 (船舶所有者)	所在地				
	住所	〒					名称						
	電話	(                  )					保険者	所在地					
職業		世帯主 との続柄	本・家		名称								