

※ 必ず電話連絡をお願いします。

## 地域連携患者救急受診申込書

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 ー ー)	
受診科	救急 外来 ( 科)	
連絡医師	無・有 (連絡がとれた医師 科 先生)	
受診予約日	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 診療録 本人・家族  
第 号 国保

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					
公費負担医療の受給者番号		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					
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男女	平成 年 月 日			
	住所	〒		事業所 (船舶所有者)	所在地	名称	
	電話	( )		保険者	所在地	名称	
	職業	世帯主との続柄 本・家					