

受診予約申込書

〒052-8511

年 月 日

北海道伊達市末永町81番地

総合病院 伊達赤十字病院

地域医療連携室

直通TEL:0142-23-2733

専用FAX:0142-23-2397

【ご紹介医療機関名】

住所

名称

医師名

TEL

FAX

科

医師あて

患者氏名	フリガナ				
	様				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 (歳)	性別 男・女
住 所					
電話番号	- -				
希望日時	① 年 月 日 時 分	② 年 月 日 時 分			

診療情報提供書

紹介目的		
傷病名	既往歴及び家族歴 ※食物・薬物アレルギー(有・無)	現在の処方
治療、病状経過及び検査結果を含む		

※受付(カルテ・IDカードの作成等)を事前に行っておくため、保険情報もFAXして下さい。尚、保険証のコピーがFAX出来ない場合には、下記の保健情報を活用して下さい。予約が完了しましたら、受診・検査予約決定連絡票をFAX致します。

紹介元医療機関 受診形態 : 外来・入院(一般・療養・介護) ※いずれかに○を付けて下さい

主保険:保険者番号() 記号() 番号() 本人・家族

併用保険:負担者番号() 受給者番号() 給割(1割・2割)

併用保険:負担者番号() 受給者番号() 給割(1割・2割)

総合病院 伊達赤十字病院

2020.09