診　療　申　込　書

〈　FAX送信用　〉

令和　　　年　　　月　　　日

大曲厚生医療センター　(　歯科口腔外科　)

紹介元医療機関　　名称

　　　　　　　　　紹介医師名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 生　年　月　日 |
| 受診者名 |  | 男  女 | 明・大・昭・平・令  　　　年　　　月　　　日（　　　　　歳） |
| 住所 | 電　話  携帯電話 | | |
| 傷病名または主症状 | | | |
| 紹介目的，経過など（可能なかぎり詳細・具体的に記載をお願いいたします。）  当院受診歴（　有　　無　）ある場合には患者コード（　　　　　　　　　　　）をお知らせ下さい。 | | | |

|  |
| --- |
| 受診日時の希望について（日時・曜日・時間帯，その他ございましたらご自由に記載してください） |

予約状況により、ご希望日に受診できない場合もありますのでご了承下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | |  | |  |  | | 本人  家族 |
| 記号 | |  | | 番号 |  | |
| 老人 | 1割 | １  公 |  | | ２  公 |  | |
| 2割 |  | |  | |