

F A X (0248)75-3388

平成 年 月 日

診療予約申込書《紹介患者専用》

公立岩瀬病院 地域医療連携室 行

紹介元医療機関名および住所

医師名

TEL

FAX

診療科	
希望診察医	<input type="checkbox"/> 特になし
希望受診日	第一希望 月 日 ()
	第二希望 月 日 ()
	<input type="checkbox"/> 特になし

ふりがな 患者氏名	様 男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	
住 所	〒 -	
TEL		
<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故		
公費負担者番号		保険者番号
公費受給者番号		記号・番号
一部負担金の割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	本人・家族
傷病名		
紹介目的 (主な症状等)		

公立岩瀬病院 地域医療連携室
 TEL(0248)75-3111 FAX(0248)75-3388
 予約受付 月曜日～金曜日 8:30～17:30