

地域医療連携申込書

【紹介先医療機関名】

公益財団法人ときわ会 常磐病院

申込日 令和 年 月 日 ()

当日を希望する

受診希望日 令和 年 月 日 ()

FAX送信先: 0246-43-7000

都合の悪い日

受診者 氏名	フリガナ	性別	生 年 月 日												
	様	男・女	西暦 / 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)												
現住所	〒 _____		連絡先	自宅 () - 携帯電話 () -											
保険 情報	保険者番号	※公費をお持ちの方はご記入ください。		当てはまるものがあればチェック											
	記号・番号 (被保険者番号)	公費負担者 番号	<input type="checkbox"/> 生活保護												
	取得年月日 ~有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	受給者番号	<input type="checkbox"/> 被災者											
	被保険者との 続柄	本人・家族	免除の有無	<input type="checkbox"/> 交通事故によるけが											
	負担割合	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割		<input type="checkbox"/> 仕事中のけが											
				<input type="checkbox"/> 通勤中のけが											
				<input type="checkbox"/> その他 ()											
受診科	希望受診科に○をつけて下さい。														
	内科	腎臓内科	血液内科	循環器内科	糖尿病内科	リウマチ 膠原病科	小児科	消化器内科	消化器外科	外科	乳腺外科	泌尿器科	婦人科	整形外科	
病名・ 症状														<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
希望医師名	なし・あり ➡ () 医師														
当院受診歴	なし・あり ➡ (年 月頃 科を受診) 診察券 ID番号 ()														
【紹介元医療機関】															
名称															
住所	〒 _____														
電話	(FAX) _____														
診療科	科	担当医師													担当者

※ 免除証明書をお持ちの方は保険証と一緒に必ず受付窓口へお持ち下さるようお伝えください。