

診療申込書

【紹介先医療機関名】

申 込 日 年 月 日



☐ 当日を希望する

磐城中央病院れんけい室

受診希望日 年 月 日

FAX:0246-88-6684

都合の悪い日:

紹介元ID											
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				☐ 生活保護 ☐ 被災者 ☐ 交通事故によるけが ☐ 仕事中的けが ☐ 通勤中のけが ☐ その他 ()	
	取得年月日～有効期限					受給者番号					
	被保険者との続柄					免除の有無					
	負担割合					貴院ID					
受診科	受診希望の診療科に○をつけてください。										
	内科	腎臓 高血圧 内科	リウマチ科	外科	泌尿器科	婦人科	整形外科	ウロギネ (女性排尿 機能外来)	消化器 ・ 肛門科	痛み 外来	訪問診療
病名 症状									☐ 通院中 ☐ 入院中 ☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ 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)ID:										
【紹介元医療機関】											
病院名						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くださるようお願い下さい。