

診 療 申 込 書 (FAX送信用)

弘前市立病院

紹介元医療機関

科 _____ 先生 _____

所在地

名 称

◎太枠内に必要事項を記入し、FAXしてください。

科 名

◎保険情報は、ご記入頂くか保険証をFAXしてください。

医師名

受診年月日	令和 年 月 日	I D 番 号			
フリガナ	()	性別	生 年 月 日		
氏 名	()	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明 大 昭	年 月 日	
※旧姓での受診歴がある方は旧姓もご記入ください。()		平 令			
保険証の世帯主		世帯主との続柄			
現 住 所	〒 [] [] [] - [] [] [] [] ※アパート名・棟名・部屋番号まで、ご記入願います。				
	自宅電話番号 (- -)				
連 絡 先 (枠内に必要事項を記入してください。)	連 絡 先	<input type="checkbox"/>	勤 務 先	<input type="checkbox"/>	そ の 他 <input type="checkbox"/> 携 帯 電 話
	名 称 等				
	電 話 番 号	(- -)			
診 療 を 希 望 さ れ る 科 (□に印を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 内 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 婦 人 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 骨 密 度
	<input type="checkbox"/> 小 児 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 耳 鼻 咽 喉 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腹 部 エ コ ー
	<input type="checkbox"/> 乳 腺 外 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 麻 酔 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M R I
	<input type="checkbox"/> 整 形 外 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 皮 膚 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C T
希望日	1 月 日	2 月 日	3 月 日		
「海外」渡航歴	国名・帰国日		県名・移動日		
	無・有 ()		「県外」移動歴 無・有 ()		
<p>※健康保険等の対象とならない文書の発行やインフルエンザ等の予防接種など（料金表は別表参照）は、全額患者さんの自己負担となりますので、下記の□に✓（チェック）をお願いいたします。</p> <p>保険外負担に係るサービスを受けた場合、その定められた費用を支払うことに、</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 同意いたします <input type="checkbox"/> 同意いたしません （チェックしてください）</p>					

【主保険】

保 險 者 コ ー ド		記 号	番 号
法制	保 險 者		
継続	申請中	0. 本人	1. 家族
開始		終了	給付割合

患 者 様 へ

※ご紹介いただいた先生から、この用紙で診療申し込みを行っておりますので
ご来院の際は紹介状・保険証と一緒にこの用紙を1階新患受付にご提出ください。
※診療の都合によっては、お待たせする事がありますので予めご了承ください。
※当院の診察券(IDカード)がある方はご持参ください。

FAX・問い合わせ

弘前市立病院 医療連携室
〒036-8004
弘前市大字大町3丁目8番地1
TEL0172-34-3211(代)
TEL・FAX0172-34-3002(直通)

【保険印】