

受診申込書

(外来申込 ・ 入院依頼)

年 月 日

送信先

町立中標津病院 地域医療連携係 宛
FAX 0153-72-5680 (連携室直通)
TEL 0153-72-8200 (代表)

ご紹介医療機関様

所在地 _____
医療機関名 _____
主治医名 _____
連携担当者名 _____

■ 下記内容についてご記載ください

フリガナ				住所 〒 _____	
患者氏名					
性別	男 ・ 女	旧姓			
生年月日	年 月 日	歳		電話番号	
入外区分	外来通院中 ・ 入院中			移動	独歩 ・ 車いす ・ ストレッチャー
受診希望日	① 月 日	② 月 日			
希望診療科				当院受診歴	有 ・ 無
保険番号				公費負担番号	有 ・ 無
記号	番号	(枝番)	公費負担医療受給番号		
被保険者氏名	続柄			公費負担医療受給者番号	

通信欄

通信欄	
-----	--

送付内容のチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護添書 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> リハビリ添書 <input type="checkbox"/> 処方内容 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 本紙含め _____ 枚
原本	郵送 ・ 持参 ・ その他 上記以外の添付資料 有 (_____) ・ 無