（様式１）

栃内病院　地域医療福祉連携室　　行き　　年　　月　　日

地域医療連携室 FAX	**019−681−3606**
地域医療連携室 電話	**019−681−3603**

患者紹介申込用紙

紹介目的
□ **外来受診**　□ **入院（転院）希望**
□ **その他**（　　）

■受診希望日
希望日①　【 無 ・ 有　令和　年　月　日 】
希望日②　【 無 ・ 有　令和　年　月　日 】

希望医師　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師

※ 患者様は、お待ちですか　（　はい　・　いいえ　）

【当日受診　→　担当医師又は地域医療連携室への電話連絡】
済　（　　科　　医師）・　未

患者情報

ふりがな			性別	生年月日
氏　名	（姓） 旧姓（　　）	（名）		年　月　日

◆下記の欄は保険証のコピー、又は貴院のカルテ表紙をFAXしていただいてもかまいません。

保険情報	住　所	〒　　−							
	電話番号	自宅・携帯　　−　　−							
	保険者番号								本人 ・ 家族
	記号番号							負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割	
	公費負担番号								
	公費受給者番号								
	その他	労災 ・ 生保 ・ 交通事故 ・ その他（　　）							

◆紹介確認書をFAXしますので、以下は必ずご記入下さい。

貴院情報	貴院名 （医師名） 貴院住所	
	電話番号　　−　　−	FAX番号　　−　　−

※紹介状（診療情報提供書）もFAXをお願い致します。
※この診療申込書は当院ホームページ（https://www.tochinai.com)からもダウンロードできます。