

# 診療申込書

地域医療連携課 FAX:072-848-0260

西暦 年 月 日

医療法人 北辰会  
天の川病院

紹介元  
医療機関

住所

TEL

FAX

医師名

科

\* 担当医の希望あればご記入下さい

フリガナ	生年月日
患者氏名	男・女
住所 〒	西暦 年 月 日( 歳)
電話番号	当院受診歴: 有・無・不明 有の場合ID( ) ADL: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり

希望日	① 月 日( )	② 月 日( )
	* 近日中	* 希望日なし
		* 都合の悪い日( )

傷病名、紹介目的、既往歴 等  別紙、診療情報提供書参照

.....

.....

.....

.....

## ■被保険者証

保険者番号	
記号・番号	
続柄	本人・家族

## ■第1公費負担医療受給者票

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	

## ■第2公費負担医療受給者票

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	

【予約受付時間】 月～金 9:00～17:00(祝日除く)

※受付時間外のご予約はお電話にてご連絡下さい。

TEL 072-847-2606(代表)