

送信日 平成 年 月 日

診療予約申込書

金沢赤十字病院 地域医療連携課 あて
FAX 076-242-9827

貴医療機関名
ご住所
電話番号
FAX番号
貴医師名

〒921-8162 金沢市三馬2-251
TEL 076-242-9828

フリガナ 患者氏名	男 ・ 女	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生(歳)
患者住所		電話番号

診察希望日 : 平成 年 月 日() 時 分 ごろ

紹介目的

診療科: _____ 科 希望医師 : _____ 医師 ・ なし

紹介目的 :

患者状況

緊急入院の必要性: あり なし 受診後決定
 当院受診暦 : あり なし 不明
 診察券番号()

当院までの来院方法:
自家用車 介護タクシー 救急車 その他
 移送手段 :
独歩 車椅子 ストレッチャー

保険情報

【 保険情報は保険証や診療録のコピーでも結構です 】

被 保 険 者 証	保険名称	
	保険者番号	
	記号	
	番号	
	資格取得	年 月 日
	有効期限	年 月 日

〔本人
家族〕

〔0割
1割
2割
3割〕

公費負担者番号	
受給者番号	
有効期限	年 月 日
公費負担者番号	
受給者番号	
有効期限	年 月 日

【お願い】 この度は、患者様をご紹介いただき誠にありがとうございます。この申込書は患者様をお待たせしないように、事前にカルテ作成や検査予約を行うためのものです。お手数ですが、ご記入をお願いします。なお、当院来院時には紹介状ならびに保険証を持参して下さいませよう、ご案内いただけると幸いです。