

FAX送信先 03 - 3202 - 1003 連携医療ネット 地域医療連携係

* FAXによる診療申し込み受付時間は、診療前日の15:00までです。休日は受付していません。

診療申込書 (FAX専用)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|--------------------|-------|--------|--|--------|--|
| 受診者氏名 | フリガナ | | | | 男 | * 当院で以前に診療を受けたことがありますか？ (有る ・ ない) |
| | | | | | 女 | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 生(才) | | | | 職業 | 被保険者との続柄 |
| 現住所 | 電話(自宅・呼出) () | | | | | 本籍地 |
| | 都 道 区 府 県 市 郡 | | | | | 都道府県 |
| 保険険 主者証 世の 帯被 | 氏名 | | 職業 | | 電話 () | |
| | 勤務先名称 | | 勤務先所在地 | | | |
| 保険者番号 | | 記号 | 番号 | 資格取得 | 有効期限 | 負担割合 |
| | | | | . . | . . | A・B 割 |
| 公費負担者番号 | | 受給者番号 | | 適用 | 有効期限 | 負担金 |
| | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 診療依頼 受診希望診療科・医師名 国立国際医療研究センター病院 _____ 科 _____ 医師 | | | | 紹介元医療機関名 所在地 TEL : FAX : _____ 科 | | |
| <input type="checkbox"/> 個人栄養食事指導のみ依頼 | | | | | | |
| ご来院予定日 _____ 月 _____ 日 () | | | | 医師名 _____ 先生 | | |

予めFAX申込書の診療申込書をお送りいただきますと患者さまの診療録(カルテ)を事前に作成いたします。

そのため、保険証の記号番号等受付に必要な事項は必ずご記入ください。

* FAX送信後この用紙は、受診日にご持参くださいますよう患者さまにお渡しください。