

平成 年 月 日

医療法人 社団 御上会 野洲病院
医療支援課 宛

紹介患者さま 事前予約申込FAX用紙
FAX:077-587-4437

受診希望日 平成 年 月 日 曜日

受診科 担当医師名

患者さまID (※野洲病院の受診歴がある場合は、患者番号(ID)をご記入下さい。)

【患者さま情報】

ふりがな		性別	生年月日
患者名		男 ・ 女	M・T・S・H 年 月 日
住所	〒 -		
TEL	() -		

【患者さま保険情報(被保険者証)】

保険者番号	<input type="text"/>	記号	<input type="text"/>	番号	<input type="text"/>
資格取得日	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日		
被保険者氏名	<input type="text"/>	続柄	<input type="text"/>	一部負担金割合	割

(公費負担医療受給者証)

負担者番号	<input type="text"/>	負担者番号	<input type="text"/>
受給者番号	<input type="text"/>	受給者番号	<input type="text"/>
有効期限	平成 年 月 日迄	有効期限	平成 年 月 日迄

(介護保険被保険者証) 認定済 (要支援1・要支援2・要介護(1・2・3・4・5)) 未認定
紹介施設の所在地・名称

施設名	<input type="text"/>		
住所	〒 -		
TEL	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>

[備考欄] (※患者さまの病状や症状等が記載された「診療情報提供書」のFAXをお願い致します。)

◆貴施設で入院治療が必要と判断された場合は、本用紙を使用せず直接「医療支援課」にお電話下さい。

[受付時間] 平日(月～金) 8時30分～17時まで
土曜日 8時30分～12時まで

特定医療法人 社団 御上会 野洲病院
医療支援課
TEL:077-587-4432 / FAX:077-587-4437