|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医師名 |  | TEL |  |
| 医療機関名 |  | FAX |  |
| フリガナ |  |
| 患者住所 | 〒 |
| フリガナ |  | 旧姓 | 生年月日 | T・S・H・R　　　　年　　　月　　　日 |
| 患者氏名 |  |  | 性別 | □男　　□女　　（　　　歳） |
| TEL |  |
| 当院受診歴 | □有　　　　　　　□無 | 黒部市民病院ID |  |
| 希望科 |  | 診断 |  |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 枝番 |  |  | 被保険者名 | 本人・家族 |
| 保険証 | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 負担割合 | 割 |
| 記号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格開始日 |  |  |  |  |  |  |  | 終了日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 老人及び公費 | 公費負担者番号 | 受診番号 | 資格開始日 | 資格終了日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 太枠内の保険情報の記入をお願いします。
* 受診当日の受付手続きを速やかに行うため、紹介状（診療情報提供書）と一緒に事前に患者さんの情報確認のFAXをお願いします。
* 指定された医師が不在の場合、他の専門医が診察されて頂く場合がありますので、ご了承ください。

|  |
| --- |
| 診察予約申込書黒部市民病院　地域医療連携室　フレンディーTEL 0765-56-7230（直通）FAX 0765-54-2981 |