

診療情報提供書

黒部市民病院 地域医療連携室 フレンディー (FAX 0765-54-2981)

年 月 日

医師名				T	E	L			
医療機関名				F	A	X			
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)	
				T E L					
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

※この情報提供書は本人の同意を得て送信しております。

FAX 用