

JA吉田総合病院紹介患者予約申込書

令和 年 月 日

JA吉田総合病院
地域医療連携室 行
FAX (0826) 47-0050
 連携室直通電話 (0826) 42-0669

【紹介元医療機関】	
所在地	
医療機関名	
電話	FAX
医師氏名	

紹介科	科	紹介医師	医師
診察希望日時 <input type="checkbox"/> 予約済み	第一希望	令和 年 月 日 ()	時 分
	第二希望	令和 年 月 日 ()	時 分
	その他希望	()	
紹介状 (情報提供書)	予約申込時に送信してください。 ※ 患者様には、受診当日に紹介状と保険証および当院診察券を持参し、 当院紹介科へ直接行かれるようご指示願います。		

◎ 事前にカルテを作成いたしますので、以下、患者様情報をご記載のうえ、送信願います。

ふりがな	
患者氏名	(男・女)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
郵便番号	-
患者住所	
電話番号	

※ 以下について、カルテ写し・保険証の写しを添付される場合は、記載の必要はありません。

被保険者証 (国保・社保・その他 本人・家族)

保険者番号								
記号番号								
被保険者氏名								

(※ 高齢者受給者証
2割・3割)

後期高齢者医療受給者証 (1割・3割)

保険者番号								
被保険者番号								

公費負担医療受給者証

公費負担番号								
受給者番号								

※ 当院に対し、お気づきの点、ご要望等ありましたら、連携室までご連絡をお願いいたします。