

八事病院 紹介受診申込書

八事病院

科 御中

診療希望日

 有り

第1希望: 月 日 希望

第2希望: 月 日 希望

 無し

診療日は病院の診療体制にゆだねる

紹介医

住所

病院名

医師名

TEL:

FAX:

情報提供書の添付をお願いします

患者情報	氏名	(フリガナ)	男・女	住所	〒	—
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	TEL () —
	八事病院受診実績	有・無・不明	年	月	日	科
	通信欄	(情報提供書以外で追記することがあればご記入ください)				
	緊急性	有・無	入院の必要性	有・無		
保険証情報	被保険者証記号・番		保険者番号			
	被保険者氏名		被保険者との続柄	本人・家族		
	事業所名					
	公費負担番号		公費負担医療の受給者番			
	その他の情報					

※保険証情報は保険証のコピー添付でも可。

八事病院 地域医療連携室
TEL:052-861-1201
FAX:052-861-1202
Email:rc@yagotorc.jp