

# 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	_____ 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。