

# 診察申込書

★診療情報提供書を添付の上、送信お願いします★

申込日： 年 月 日

紹介元

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

紹介先診療科

科

医師

受診希望日

第1希望 月 日 曜日 AM・PM

第2希望 月 日 曜日 AM・PM

紹介患者情報

ふりがな

患者氏名

男・女

生年月日

M S  
T H

年

月

日

生

住所

電話番号

保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

記号

番号

本人・家族

公費負担番号

--	--	--	--	--	--	--	--

1割・2割・3割

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

負担なし・負担あり

自賠責・労災・その他( )

※保険証等はコピーのFAX、また緊急の場合はお電話のお申し込みで結構です。

水戸中央病院 地域医療連携係

<代表>029-309-8600

<直通>029-309-8524

<FAX> 029-309-8525