

# FAX 通信票

発信日:平成 年 月 日 枚数(送信票含む) 枚

送信先 等潤病院 地域医療福祉連携室宛

FAXNO.03-3850-8715

紹介元医療機関名

電話・FAX

担当医師名

## 診療申込書

ふりがな		男・女	生年 月日	明・大・昭・平	
氏名	殿			年 月 日生 (才)	
現住所	〒	電話 ( )			-

保険者番号					
記号・番号					
有効期限	平成	年	月	日	
資格取得日	昭和・平成	年	月		
被保険者名		負担割合			

公費負担者番号					
公費負担者医療 の受給者番号					
有効期限	平成	年	月	日	
資格取得日	昭和・平成	年	月		

公費負担者番号					
公費負担者医療 の受給者番号					
有効期限	平成	年	月	日	
資格取得日	昭和・平成	年	月		

希望受診科

内・外・整・脳外・循環器・皮膚科	
------------------	--

受診・入院希望日

第一希望	月 日( )	午前	午後
第二希望	月 日( )	午前	午後

生活保護受給者	
福祉事務所	福祉
担当WC	様

65歳以上の方 (※こちらはわかる範囲で結構です)	
介護保険	あり ・ なし ・ 申請中
介護度	支援 ・ 介護 (1・2・3・4・5)