

令和 年 月 日

紹介患者用 外来診療申込書

FAX 番号 0185-54-1266 (直通)

JCHO 秋田病院 _____ 科 _____ 先生

紹介医療機関の 所在地 _____

名 称 _____

紹介医師名 _____

電話番号 _____ FAX _____

フリガナ		男 月 日 生 年 女	平 大 ・ 昭 令 ・	年 月 日 () 歳
受診者名	様			
住所				
電話番号		職業		

受診希望日	令和	年	月	日
傷病名または主症状				
紹介目的				

* 紹介患者様の保険情報の記入をお願いします。保険証の写しでもかまいません。

保険者番号		区分	
記号・番号		自己負担	
資格習得		有効期限	
公費負担番号		公費受給者番号	



地域医療機能推進機構 (JCHO) 秋田病院

〒016-0851 秋田県能代市緑町 5 番 22 号

地域医療連携室 TEL (0185) 52-3100 (直通)

FAX (0185) 54-1266 (直通)