FAX 送信用　　！誤送信にご注意ください　　申込日 ： 年 月 日

診 療 申 込 書（紹介元医療機関用）

➡FAX 送付先（1 施設必ず☑選択をお願い致します。）※地域医療連携室 宛

☐ 能代厚生医療センター	☐ JCHO 秋田病院	☐ 能代山本医師会病院
FAX 0185-54-8894	FAX 0185-54-1266	FAX 0185-58-3561

① 紹介元医療機関

医療機関名		担当医名	
所在地		診療科	
電話番号		FAX 番号	

② 診療依頼内容

※FAX 申込時に「診療情報提供書」添付の場合、傷病名又は症状・紹介目的欄について記載不要です。なお、申込時にご提出が無い場合、必要に応じて「診療情報提供書」や検査データ等の添付をお願いする場合があります。

診療科	科	担当医名	
第 1 希望受診日	年 月 日 （ ）		
第 2 希望受診日	年 月 日 （ ）		
傷病名又は症状			
紹介目的			

③ 患者様基本情報

ふりがな		性別	☐ 男 ☐ 女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令・西暦 年 月 日（ 歳）
住所	〒	電話番号	（ ） ―
連絡先	☐ 本人 ☐ 家族等(続柄：)	日中連絡先	（ ） ―

④ 保険情報

※下記保険情報をご記入又は「カルテ保険情報」もしくは「資格確認書」等の写しを添えて下さい。

保険者番号		本人・家族	☐ 本人 ☐ 家族
記号・番号・枝番		負担割合	☐ 1 割 ☐ 2 割 ☐ 3 割
資格取得年月日	年 月 日	公費番号	負担者： 受給者：