診療情報提供書（兼）診療予約申込書

（紹介元医療機関→常滑市民病院）　様式Ⅰ

紹介先：常滑市民病院　　平成　　年　　月　　日

○希望医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

○診療希望日

第１希望　平成　　年　　月　　日（　　曜日）

第２希望　平成　　年　　月　　日（　　曜日）

○常滑市民病院受診歴（　有　・　無　・　不明　）

紹介元
医療機関名
住所

医師名
TEL
FAX

○診療科（ご希望の診療科にレ印をお付けください）

□ 内科（ □循環器　□消化器　□呼吸器　□神経　□血液　□腎臓　□内分泌　□その他　）
□ 外　科　□肛門科　□整形外科　□耳鼻いんこう科　□小児科　□産婦人科　□眼科
□ 脳外科　□皮膚科　□泌尿器科　□歯科口腔外科　□形成外科　□放射線科

フリガナ（必ず　）		生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	様	男・女	年　月　日（　歳）
住　所	（必ず）電話番号（　　）　－		

□紹介目的：治療・精密検査・胃内視鏡（※内科申込時は、□経鼻　□経口）・その他

症状・経過・薬剤アレルギー等を簡単にお知らせください。　□診療情報提供書　（別紙にて FAX 報告します）

緊急性の有無	□なし　□あり…緊急を要する場合は地域連携室に直接お電話ください。

(保険情報)

保険者番号			公費負担番号	
被保険者証 被保険者手帳	記号･番号		公費負担医療 受給者番号	
	資格取得 有効期限		前(後)期高齢者 一部負担割合	□ 1割　□ 3割
被保険者	本人・家族		有効期限	平成　年　月　日

保険別											公費負担別											
健本	健家	国本	国家	退本	退家	後高	生保	労災	自倍	自費	結核	更生	育成	原爆	精神	特定	小慢	子供	障害	母子	精神	後福

地域連携室　FAX：0569‐35‐7054　TEL：0569‐35‐3170（529）申込受付：平日 8：30～17：00　（H22.12）