

診 療 依 頼 書 (F A X 用)

平成 年 月 日

送り先

〒 035 - 8601 青森県むつ市小川町一丁目 2 番 8 号
一部事務組合下北医療センター むつ総合病院医療連携室 行き

TEL 0175 - 22 - 2111 (内線 3353)
FAX 0175 - 23 - 7718

紹介元医療機関名		医師氏名	
住 所	〒		
T E L		F A X	

ふりがな 患者氏名				様 (男 ・ 女)
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
住 所	〒			
T E L	日中連絡先 ()	《		》
	夜間連絡先 ()	《		》

受診希望科		診療依頼目的	
受 診 希 望 日	第 1 希望	平成 年 月 日 ()	午前・午後 時 分
	第 2 希望	平成 年 月 日 ()	午前・午後 時 分

保険者番号	記 号	番 号
被保険者 (世帯主名)	1 続 柄	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 当院の受診歴 有 ・ 無 </div>
資格取得年月日	有効期限年月日	
公費負担番号	種類	
公費負担医療の 受給者番号		老健・老・身・妊・乳 高齡・他 () 老人負担割合 () 割 高齡者負担割合 () 割

1 続柄欄中「家族」の「子」については、長男・2男のように詳細に記載ください。