

診療依頼書 (FAX 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	

フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭・平
患 者 氏 名	様 (男・女)	年 月 日	(歳)
住 所	〒		
T E L	日中連絡先 ()	《	》
	夜間連絡先 ()	《	》

受診希望科			
傷 病 名			
紹介目的及び 症状経過など			
受診希望日	第1希望	平成 年 月 日 ()	午前・午後 時
	第2希望	平成 年 月 日 ()	午前・午後 時

保険者番号	記 号	番 号
被保険者(世帯主名)	※ 続 柄	資格取得年月日 有効期限年月日
	本人・家族 ()	
公費負担者番号		種 類 老・身・妊・乳・生保 高齡・他 ()
受 給 者 番 号		高齡・老保負担割合 () 割 当院の受診歴 有 ・ 無

※ 続柄欄中の「家族」の「子」については、長男・二男のように詳細に記載してください。