

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 平日8:15~16:00

予約FAXは24時間受付しておりますが、上記時間帯以外は翌日、または休日明けの返信となります。

※ 緊急の場合は担当診療科、担当医師へ御連絡をお願いします。

紹介元 医療機関名		担当科		医師名	
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	自宅	携帯番号	

受診希望科	※当日 先生同士連絡済みで緊急受診される場合の交通手段 自家用車・救急車・その他()		
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

※ 第2希望は、第1希望と異なる日を記入してください。

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 ()	
※ 続柄欄中の「家族」については、妻・長男・二男のように詳細に記載してください。		
公費負担者番号	種 類	老・身・妊・乳・生保 高齢・他 ()
受 給 者 番 号	高齢・老保負担割合 () 割 当院の受診歴 有 ・ 無	