

紹介患者受診申込書

平成 年 月 日

医療法人 社団 操仁会 岡山第一病院
地域医療連携室 担当 奥山
FAX (086)272-7953
TEL (086)272-4088

当院外来診療または検査希望の患者様紹介については、カルテをあらかじめ作成いたしますので電話連絡後、下記にご記入の上FAXして頂きますようお願い致します。

① 外来受診希望

② 検査のみ希望

希望医師(医師) 検査項目()

※①or②に○を付け、ご記入ください。

希望日時 平成 年 月 日 AM・PM

患者情報			
ふりがな			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生()才	
住所			
電話番号			
健康保険証(保険証のコピーでも可)			
保険者番号		本人/家族	本人・家族
記号		公費番号	
番号		受給者番号	
備考			

紹介医	
医療機関名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	
備考(事務担当者)	