

申込年月日:平成 年 月

福島労災病院

FAX 0120-126-610

診療申込書 (TEL 0120-002-181)

受 診 者 情 報	受 診 科		希望医師名	
	*希望医師名については、特に指定のある場合にのみご記入ください。			
	受診予定日	年 月 日 ()		
	病名 : 症状			
	[<input type="checkbox"/> 開放型病床利用希望の場合は、口にチェックしてください。]			
	フリガナ		性 別	
	患者氏名		男 ・ 女	
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日	生 (歳)
	現 住 所	〒	-	TEL () -
	保 険 情 報			
	保険者番号		老 人 医 療 市 町 村 番 号	
	記号・番号		受 給 者 番 号	
被 保 険 者 と の 続 柄		給 付 割 合	割	
連 絡 事 項	入 院 希 望 の 有 無	有 (個室希望 有 ・ 無) ・ 無		
	当 院 の 受 診 歴	(有 ・ 無) 年 月頃 () 科に受診 診察券をお持ちの場合 番号 ()		
	紹介元医療機関名			印
	住所	〒	-	
	TEL			
	FAX			
	緊急連絡先(TEL)			

|