

診療申込書 (紹介元医療機関用)

JA 秋田厚生連 能代厚生医療センター
地域医療連携室 宛

FAX: 0185-54-8894

〒016-0014

秋田県能代市落合字上前田地内

TEL : 0185-54-8893 (直通)

紹介元医療機関	医療機関名	
	担当医名	
	TEL	
	FAX	
	住所	

診療依頼内容

※可能な限り FAX 申込時に「診療情報提供書」を添付して下さい。申込時にご提出が無い場合、必要に応じて「診療情報提供書」や検査データ等の添付をお願いする場合があります。

診療科	科	医師名	
受診希望日	(西暦) 年 月 日 ()		
傷病名又は症状	※FAX 申込時に「診療情報提供書」添付の場合は記載不要です。		
紹介目的	※FAX 申込時に「診療情報提供書」添付の場合は記載不要です。		

患者様基本情報

※下記ご記入の上、確認のため「保険証」もしくは「カルテ保険情報」等の写しを添えて下さい。

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	(明・大・昭・平・令)(西暦) 年 月 日(才)
住所	〒 —	電話番号	() —
保険者番号		公費1	
記号・番号・枝番			
資格取得	年 月 日	公費2	本人 ・ 家族
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		