

紹介患者診察予約申込書

【Hi-PEACE プロジェクト(膵癌の地域連携)用】

令和 年 月 日

JA 広島総合病院

紹介患者専用カウンター 行
(消化器内科診察予約)

(紹介医療機関名)

患者 ID			
フリガナ			生年月日
患者氏名	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日
現住所	〒		
患者連絡先	-	日中帯に連絡できる 携帯電話・職場・家族等	-
当院受診歴	有・無		
診察希望日	① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ④ いつでも可		
主保険			
保険者番号		記号・番号・枝番	
区分	本人・家族	被保険者名	負担割合 3割・2割・1割
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日
公費①			
負担者番号		受給番号	
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日
公費②			
負担者番号		受給番号	
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日
備考欄			

受診日時については、当院から患者様に直接お電話の上決定します。

当院記入欄

受診日時 月 日 () :

令和4年11月 作成