

平成 年 月 日

患者様事前受付用紙

特定医療法人 岡波総合病院 地域医療連携室
受付時間 (月曜日～金曜日) 午前 9:00 ～ 午後 17:00
〒518-0842 三重県伊賀市上野桑町1734番地
TEL : 0595-21-3135(代) FAX : 0595-21-3145(直通)

紹介元医療機関名	
住 所	
医 師 名	
電 話 番 号	
FAX 番 号	

患者様情報 (手続き終了のご連絡は 貴院FAXへ・患者様宅へ 願います) どちらかに○をつけて下さい

基本情報	フリガナ														
	患者様氏名	性別 男・女													
	住 所														
	電話番号														
	生年月日	(M・T・S・H)	年	月	日生	歳									
保険情報	保険者番号											資格取得年月日			
	記 号											S・H			
	番 号											年 月 日			
	老人	市町村番号											本人・家族		
		受給者番号											負担割合	割	
	後期高齢者	被保険者番号											有効期限	年 月 日～	
	公費	保険者番号												年 月 日迄	
		負担者番号													
	受給者番号														

ご希望診療科	内科	循環器科	呼吸器科	心臓血管科	呼吸器科	糖尿病外来	外科	肛門科	整形外科	脳神経外科	泌尿器科	眼科	麻酔科	産婦人科	小児科	耳鼻咽喉科	皮膚科	放射線科
紹介目的																		
希望担当医名		有 () ・ 無																
受診希望日		月 日 () 午前 時頃 ・ 午後 時頃																

※ 紹介状はどのような形式でも構いません。 ご記入の上、紹介状と一緒にFAX送信お願い致します。

地域医療連携室 FAX : 0595 - 21 - 3145 (直 通)