

市立野洲病院

地域医療連携課 宛

紹介患者さま 事前予約申込FAX用紙
FAX:077-587-4437

受診希望日 令和 年 月 日 曜日

受診科 担当医師名

患者さまID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (※野洲病院の受診歴がある場合は、患者番号(ID)をご記入下さい。)

【患者さま情報】

ふりがな		性別	生年月日
患者名		男 ・ 女	T・S・H・R 年 月 日
住所	〒 -		
TEL	() -		

【患者さま保険情報(被保険者証)】

保険者番号		記号		番号			
資格取得日	平成・令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日				
被保険者氏名		続柄		一部負担金割合			割

(公費負担医療受給者証)

負担者番号		負担者番号			
受給者番号		受給者番号			
有効期限	令和 年 月 日迄	有効期限	令和 年 月 日迄		

(介護保険被保険者証) 認定済 (要支援1・要支援2・要介護(1・2・3・4・5)) 未認定

紹介施設の所在地・名称

施設名					
住所	〒 -				
TEL			FAX		

[備考欄] (※患者さまの病状や症状等が記載された「診療情報提供書」のFAXをお願い致します。)

◆貴施設で入院治療が必要と判断された場合は、本用紙を使用せず直接「地域医療連携課」にお電話下さい。

[受付時間] 平日(月～金) 8時30分～17時まで
◆ご不明な点は地域医療連携課までお問い合わせくだ市立野洲病院
地域医療連携課
TEL:077-587-4432 / FAX:077-587-4437

2021.10