

令和 年 月 日

市立野洲病院

患者サポートセンター 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 年 月 日 | 有効期限 | 平成 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 | 年 月 日迄 | 有効期限 | 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担当課にお電話下さい。

[受付時間] 平日(月～金) 8時30分～19時まで
◆ご不明な点は患者サポートセンター

市立野洲病院
患者サポートセンター

TEL:077-587-4432 / FAX:077-587-4437

2025.12