

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