

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

(紹介医療機関名)

(消化器内科診察予約)

患者 ID											
フリガナ							男・女	生年月日			
患者氏名								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