平成　　　年　　　月　　　日

外来診療申込書（FAX用）

医療法人武蔵野会　新座志木中央総合病院

　　　　　　　科　　　　　　　　先生

来院日：平成　　年　　月　　日　午前・午後

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関

所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 性 別 | 生 年 月 日 | 年 齢 |
| 患 者 氏 名 |  | 男女 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　　年　　　月　　　日 | 歳 |
| 住　　　所 | 〒 |
| 電 話 番 号 | 　　　　　　（　　　　　　　） |
| 携 帯 番 号 | 　　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　　　　患者との続柄（　　　　　　　） |
| 保　険 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費① | 負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 | ・ | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期間 | 自　　　　年　　　月　　　日 | 有効期間 | 自　　　年　　　月　　　日 |
| 至　　　　年　　　月　　　日 | 自　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者との続柄 | 本人・家族 | 負担割合・負担金 |  | 割 |
| 高齢者受給者証負担割合 |  | 割 | 公費② | 負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 後期高齢者 | 保険者番号 | 3 | 9 |  |  |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 有効期間 | 自　　　年　　　月　　　日 |
| 有効期間 | 自　　　　年　　　月　　　日 | 自　　　年　　　月　　　日 |
| 自　　　　年　　　月　　　日 | 負担割合・負担金 |  | 割 |
| 負担割合 |  | 割 |  |

患者様へ

　　※　ご紹介いただいた先生から、この用紙で診療申込を行っておりますので、ご来院の際は、

　　　　紹介状（画像・データ含む）・保険証・医療券等と一緒にこの用紙を１階紹介受付にご提

　　　　出下さい。

　　※　受付時間は午前7：00～12：30、午後12：30～17：00で行っております。受付終了30分

　　　　前までにはお越し下さい。

　　※　診療の都合によっては、お待たせすることがございますので、予めご了承下さい。

〈問合せ先〉　　新座志木中央総合病院　地域医療連携室

　　　　　　　　　　　〒352-0001　埼玉県新座市東北１－７－２

　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　048-474-7211（代表）

FAX　048-486-6016（地域医療連携室直通）