様式30

聖ヨゼフ病院　診療FAX予約申込書
（診療情報提供書）

平成　　年　　月　　日

貴医療機関名称

住所　〒（　　　－　　　）

電話番号　　－　　－　　FAX　　－　　－

先生のお名前　　　　　　　　　　　　先生

聖ヨゼフ病院の受診歴：☐ 有　☐ 無　☐ 不明

※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　　名	様	男 ・ 女 (M)　(F)	年　　月　　日
現住所	〒（　　　－　　　） 電話　　－　　－		
連絡先	電話　　－　　－		

主保険	保険者番号	記　号 ・ 番　号	1. 本人 2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	給付割合	☐併用無し
1			0割･1割･2割･3割	
2			（　　　　）	

受診する科＿＿＿＿＿＿科　受診希望医師名＿＿＿＿＿＿　◎受診希望日　　月　　日

傷　病　名

紹介目的

既往歴及び家族歴

病状経過、検査結果、治療経過及び現在の処方

FAX：046-824-8076　　地域連携室直通　　電話：046-824-8071