

# 診療申込書 (事前カルテ作成用)

地域医療連携課行 FAX  
兼 患者様 控

紹介先 太田記念病院

Fax 送信後、患者様にお渡しください。

科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

※保険証のコピーを FAX でも可

----- (紹介元医療機関) -----

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

保険者番号	_____	本人・ 家族
記号・番号	_____	
公費負担者番号	_____	
受給者番号	_____	

自賠・労災・公災・その他 ( ) 一部負担金の割合 ( 割)

年 月 日

来院予定日	診 察 ・ 検 査	月 日 AM P M	:	※休診日をご確認ください。		
来院方法	一 般 ・ 救 急 車	当院への電話連絡	未 ・ 済 (	医師へ連絡済)		
フリガナ	_____		生年月日	明・大 昭・平 令	年 月 日	男・ 女
患者氏名	様 氏名変更がある方・旧姓 ( )			( 歳)		
住 所	〒( - )		TEL	_____		
			携帯	_____		
職 業		通 信 欄	_____			

○FAX 受付時間

- ・月～金曜日は午前8:30～午後4:30、土曜日は午前8:30～11:30です。(日曜日・祝日・年末年始を除く)
- ・FAX 受付時間外に受信した診療申込書は、翌診療日の対応とさせていただきます。

## 太田記念病院を受診される患者様へ

ご来院の際、紹介患者受付にこの「診療申込書」をお出しください。

診療受付時間	[月曜日～土曜日] 午前 8:30 ～ 午前 11:00
お持ち いただくもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紹介状 (診療情報提供書)</li> <li>・ 健康保険証</li> <li>・ 公費医療受給者証 (対象者のみ)</li> <li>・ 診察券 (当院の診察券をお持ちの方)</li> <li>・ お薬手帳</li> </ul>

※上記診療受付時間以外での患者様紹介につきましては、各医療機関より太田記念病院までお電話ください。

<お問い合わせ>

太田記念病院 地域医療連携課  
TEL 0276-55-2200 (代表)

FAX 送信先 0276-55-2382