祐生病院　診療申込書（FAX用）

FAX　072-777-1655（地域医療室）

依頼元

医療機関名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

紹介目的

□ 診察　（　　科　　医師）　（病名：　　）
□ 入院　（　　科　　医師）
□ 手術　　□ 処置　　□ リハビリ
□ CT　（部位：　　）
□ 検査　（内容：　　）
□ その他　（　　）

希望日時

年　　月　　日（　）　午前・午後　　時

患者情報

患者氏名（フリガナ） 男・女		生年月日　（　　歳） M・T・S・H　　年　　月　　日生	
〒　　－ 住所		TEL　（　　）	
保険者番号			有効期限
記号・番号	（　　）（　　）		
被保険者氏名	続柄 本人・家族	資格取得年月日 年　　月　　日	
公費負担者番号			
老健・高障・老・身・母・特・難・乳児 負担　　割・無	外来	1日　　円（月2回）　　円まで	
	入院	月額　　円まで	
当院受診歴	ある・なし	介護保険	ある（　　度）・なし

医療法人祐生会　祐生病院　地域医療室

〒664-0874 伊丹市山田5丁目3番13号
TEL（072）777－3000（代）