

<紹介連絡・予約申込>(様式2)

(申込年月日:令和 年 月 日 午前・午後 時 分)

依頼先 岐北厚生病院					依頼元 病院・医院 医師 科 先生												
医師 先生					TEL FAX												
公費負担者番号						保険者番号											
公費受給者番号						記号・番号											
フリガナ									資格取得		昭和・平成・令和 年 月 日						
氏 名							男・女		有効期限		令和 年 月 日						
									事業所								
生年月日		大・昭・平・令 年 月 日 () 歳							保険者・市町村 国保組合所在地 乳・重・父母								
住 所		〒 ー															
電話番号		() ー					有効期限		平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 ま で								
被保険者・所帯主氏名																	
被保険者・所帯主との続柄							受診者の負担率		窓口 割 本人・家族・その他 ()								
診断名または症状:																	
希望診療科: 緩和ケア 科 希望担当医師名:																	
診察希望日: ☐ 希望なし 第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 ()																	
● 緩和ケア外来予約時の確認事項																	
現在の状況		通院中 ・ 入院中															
当日の来院者		本人 ・ 家族 () ※ご家族の方は必ずご来院ください															
担当者																	
その他連絡事項																	
※診療情報提供書は事前に必ずFAXにてご送付ください																	