FAX　06-6447-3052（地域医療連携室　直通）　2024.01.04改訂

住友病院　診療申込書　（ＦＡＸ用）

様式３

申込日:　　　年　　　月　　　日

医療機関名	医師名
ＴＥＬ　（　　　）　　－	ＦＡＸ（　　　）　　－

※住友病院　診療券（ＩＤカード）（有・無）　※有の場合：ＩＤ番号 ［　｜　｜　｜　｜―｜　｜　｜―｜　］

※患者氏名には、必ず フリガナ をご記入下さい

※旧姓　は同姓同名の方を区別し、カルテの二重発行を防ぐためにお聞きしています。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年　　月　　日 （　　　歳）	男・女
患者氏名	（旧姓　　　　　）			
住　所	（〒　　－　　）　　TEL（　　）　－			

保険情報

■ 健康保険 被保険者証、後期高齢者医療証	
保険者番号	
記号・番号	・
区　分	本人 ・ 家族　被保険者名（　　　　　）
負担割合	1割　・　2割　・　3割

■ 公費医療受給者証(障がい等)	
市町村番号	
受給者番号	
有効期限	年　　月　　日

受診科名	科	希望医師（無・有）	医師名	
受診希望日	第１希望　　月　　日（　　）			
	第２希望　　月　　日（　　）			
患者状況	☐ 通院中　☐ 入院中	☐ 独歩　☐ 車いす　☐ ストレッチャー		

【　紹介目的　】　※病名・症状なども必ずご記入ください

※診療情報提供書を添付してください。また当日は原本を必ずご持参ください

*休　診　日　　土曜・日曜・祝日・年末年始（12/29～1/3）

*お問い合わせ先　　**地域医療連携室（受付時間　8:30～19:00）**

（FAXは24時間稼働。但し、時間外・休日着信分は翌日対応）

TEL　　06-6447-3031（直通）**FAX　06-6447-3052（直通）**

受付時間以外　TEL　06-6443-1261（代表）