

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	男・女
患者氏名	(旧姓 )	年 月 日	年 月 日	( 歳)
住所	(〒 - )	TEL ( ) -		

保険情報

■ 健康保険 被保険者証、後期高齢者医療証		■ 公費医療受給者証(障がい等)	
保険者番号		市町村番号	
記号・番号	.	受給者番号	
区分	本人・家族 ( )	有効期限	年 月 日
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	■ その他 労災・交通事故・無保険・全額自己負担	

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	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 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)