

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 *生活保護医療券はご利用できません (当院は生活保護非指定医療機関です)

■ 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 (被保険者名)	有効期限	年 月 日
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		

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		
	2週間以内の海外渡航歴 無 ・ 有 (帰国日 月 日 / 国名)		
	体温 °C (測定日 月 日)		
	上気道症状 無 ・ 有 / 咳・咽頭痛・呼吸苦・その他()		

【 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)