

紹介患者さん事前受付用紙（外来用）

浜脇整形外科病院 地域連携室 行 平成 年 月 日

FAX : 082-240-1291

紹介元医療機関名  
住所  
医師名  
電話番号  
FAX番号

○紹介目的 外来（予約：済・未） ・ 入院

○受診希望日 年 月 日（ ）

○希望医師（あればご記入ください） 先生

●患者さん個人情報

ふりがな		生年月日	性別
氏名	様	明・大 昭・平 年 月 日	男 ・ 女
住所	〒 - TEL ( ) -		

※事前受付用紙を送って下さいました場合は、前もって登録をさせていただきます。

●患者さん保険情報

【被保険者証】

【後期高齢者医療被保険者証】

（ 1 ・ 2 ・ 3 割 ）

保険者番号	
記号 番号	
資格取得月日	
有効期限	
被保険者氏名	

【公費負担医療受給者証】

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	～

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	～