医療法人　聖光会
鷹の子病院
TAKANOKO HOSPITAL

紹介用依頼書

送信先　鷹の子病院　代表TEL　089-976-5551　fax　089-976-5572

①～③欄にご記入の上、ファクス送信ください。

① ご依頼元	医療機関名			
	医師名		ご連絡担当者	様
	電話No.		FAXNo.	

② ご依頼いただく患者様	フリガナ		年齢	性別
	氏　名	様	歳	□男 □女
	生年月日	□明治□大正□昭和□平成□令和　□西暦　年　月　日		
	住　所	〒　-　電話番号（　）　- □松山市 □		
	平日日中の連絡先	□自宅 □携帯 □職場	（　）　- お電話の繋がりやすい時間帯 【　】	
	保険者番号		本人・家族（家族の場合は被保険者氏名　）	
	記号		番号	枝番
	資格取得日　年　月　日		負担割合　割	
	保険者名称・事業所名称			
	公費負担者番号		公費受給者番号	
	資格取得日　年　月　日		有効期限　年　月　日	

③鷹の子病院受診歴	□あり　□なし　□不明 ※診察券番号がわかれば右欄にご記入ください	