



医療法人 聖光会

鷹の子病院

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				歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦			年	月 日
	住所	〒 - 電話番号 () - <input type="checkbox"/> 松山市 <input type="checkbox"/>				
	平日日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場	() - お電話の繋がりがやすい時間帯 【 】			
	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 受診希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ※診察券番号がわかれば右欄にご記入ください	<input type="text"/>
	受診希望日時 ① 月 日 時頃 ② 月 日 時頃 ③ 月 日 時頃	1. 左記日時を希望 2. いつでも可 3. できるだけはやく