

# 診療申込連絡書

FAX 0238-23-4055 (連携室直通)

年 月 日

舟山病院 \_\_\_\_\_ 科 宛

## ◆貴医療機関について

医療機関名		
診療科	科	
医師名		
T E L	-	-
F A X	-	-

## ◆希望医師

無 有 \_\_\_\_\_ 医師

※都合によりご希望にそえない場合があります

※別途 診療情報提供書を添付下さい

## ◆患者情報

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( ) 歳
住 所			
T E L	-	-	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ( ID : ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来診察 <input type="checkbox"/> 検査 ( CT ・ その他 ) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
備 考			

## ◆保険情報

保 険	保険者番号		公 費	保険者番号	
	記号・番号			受給者番号	
	有効期限	. . ~ . .		有効期限	. . ~ . .
	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		医療負担	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 負担無		医療証	<input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> その他( )
限度額適用認定証	70歳未満の方：ア・イ・ウ・エ・オ・未申請 後期高齢者：区分Ⅰ 区分Ⅱ 不明				

☑ 特定医療法人 舟山病院

〒992-0027 米沢市駅前2丁目4番8号

月火水金 8:30~17:00 木土 8:30~13:00

左記時間以外はこちらへ

TEL 0238-23-4041 (地域連携相談室直通)

TEL 0238-23-4435 (代表)

FAX 0238-23-4055 ( " )

FAX 0238-23-4024 (時間外用)

2024年1月改訂