北秋田市民病院　地域医療連携室宛　　**専用FAX／０１８６－７８－９５０８**

〔ＦＡＸ送信用〕　紹介元医療機関用　　令和　　年　　月　　日

紹介患者用　**診療・検査申込書**（どちらかに○を付す）

紹介元医療機関名

紹介元医師名

電話番号

ＦＡＸ番号

受診科名																
受診科に○をしてください。	内科	腫瘍内科	神経内科	精神科	循環器内科	小児科	外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科口腔外科

受診希望日①　令和　　年　　月　　日（　　）		
受診希望日②　令和　　年　　月　　日（　　）		
いつでもよい	その他	

フリガナ		男・女	生年月日	明　大　昭　平　令 年　　月　　日 才
受診者名	様			
住　　所	㊦　　－		電話番号 －　　－	
希望検査項目　ＣＴ　（部位：　　単純のみ・単純＋造影・造影のみ　）				
ＭＲＩ　（部位：　　単純のみ・単純＋造影・造影のみ　）				
医師の指定　　なし・あり　　医師名（　　）				
備　　考				

患者様の保険情報					
保険証番号		被保険者氏名			
記号・番号		本　人			
資格取得		家　族			
有効期限		高齢受給負担割合	１割	３割	
公費負担番号					
公費負担番号		高齢福祉医療	77	78	

※ 患者様のカルテを作成いたしますので、この用紙に記載しＦＡＸしてください。

※ 患者様の来院時には診療予約票（検査予約票）、紹介状（診療情報提供書）、保険証を提示してくださいますようお願いいたします。

北秋田市民病院　患者サポートセンター内

地域医療連携室

〒018－4221　北秋田市下杉字上清水沢 16-29

ＴＥＬ　0186-62-7011（直通）

ＦＡＸ　0186-78-9508（専用）