



紹介患者予約申込書

年 月 日

鶴岡協立病院 地域医療連携室 宛

医療機関名 _____

医師名 _____ 科 _____

TEL _____ FAX _____

患者様基本情報

ふりがな	性別	男	女
氏名	生年月日	M T S H	年 月 日
住所 〒 _____	電話番号	(_____)	
ご希望日	第1希望 (_____ 月 _____ 日)	第2希望 (_____ 月 _____ 日)	または、都合の悪い日 (_____) その他

診察依頼

紹介診療科	科	医師
紹介目的 (簡単にお知らせください)		
当院受診歴 有 (_____ 年 _____ 月頃) 無 不明		

※診察依頼で当院初診の方は、保険証等情報の記載をお願いします。カルテ作成で使用します。

保険証等情報

保険の種類に○ 国保・社保・後期高齢者・前期高齢者・生保・他 (_____)	
保険者番号	被保険者証記号番号
被保険者との続柄 本人・家族	負担割合 1割・3割
重度心身障害(児)者医療証(一部負担金 有・無)	
福祉医療負担者番号	医療証番号

★医療機器共同利用のご依頼につきましては、別紙用紙をご利用ください。