

紹介患者様事前申込書 (紹介状とあわせてFAX送信をお願いします)

【送信先】	新潟県厚生連 村上総合病院 地域医療連携室
電話番号	0254-53-2141 FAX番号(直通) 0254-50-0167

【予約受付時間】 平日 8:30～16:30 (翌日の診察希望は前日12:00まで)

上記受付時間以外にFAXを送信された場合、翌日(休日明け)の処理となりますのでご了承ください。

※急患・当日受診はFAXではお受けできません。ご希望の診療科に直接ご相談ください。

申込日 年 月 日

ご依頼元	医療機関名		電話番号	
	医師名		FAX番号	
	紹介目的			

フリガナ				男 ・ 女
患者様氏名				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 (歳)
住 所	〒 -			
	電話番号		携帯電話	
	※日中連絡がとれる電話番号を必ずご記入ください			
当院の受診歴	有 (ID:) ・ 無 ・ 不明			

ご希望の診療科に○印をつけてください

消化器内科	神経内科	耳鼻咽喉科
循環器内科	小児科	整形外科
呼吸器内科	外科	皮膚科
腎臓内科	胸部外科	泌尿器科
血液外来	脳神経外科	総合診療科
糖尿病・内分泌内科	産科・婦人科	

予約希望日	① 年 月 日 (曜日)	③いつでもよい
	② 年 月 日 (曜日)	
患者様の状態	※いずれかに○印をつけてください 待合室で (待っている / 待っていない / 入院中・入所中)	

保険証および公費医療証をFAXしていただければ下記は不要です。

保険者番号		被保険者区分	本人・家族
保険証記号番号		資格取得年月日	年 月 日
公費負担者番号		資格取得年月日	年 月 日
公費受給者番号			