

三重大学病院医療福祉支援センター（地域連携）

FAX : 059-231-5541

TEL : 059-231-5552

予 約 申 込 書（診療・セカンドオピニオン）FAX 送信票

申込日 平成 年 月 日

紹 介 元	医療機関名		所属科	
	担当医師		TEL - -	
	所在地		FAX - -	
診 療 依 頼	診療科	☐ 診療科 科		
	担当医師	☐ 指定なし ☐ 医師指定 医師		
	診 察 日	☐ 診察希望日 ① 年 月 日 () ② 年 月 日 ()		
	紹介目的	☐ 保険診療 ☐ セカンドオピニオン 現在貴院に ☐ 通院中 ☐ 入院中		

※受診当日入院中の場合は、入院基本料のわかる書類をお持ち下さい。

※患者様の診療情報提供書を申込時にFAXしてください。

患 者 基 本 情 報															
フリガナ						性別		被保険者氏名				続柄			
患者氏名						男・女									
生年月日		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)													
住 所 電話番号		〒 自宅 TEL () 携帯 TEL ()													
保 険 情 報	保険者番号						公費 番号								
	記 号						福祉 医療								
	番 号														
	自己負担率		割												
本院受診歴		☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（診察券番													