

(診察・検査・入院) 申込書

令和 年 月 日

ふりがな		患者 住所	〒	—
患者 氏名		男 ・ 女		
生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	電話 番号	(自宅)	— — (携帯) — —

保険者番号		大阪府済生会泉尾病院 診療科： (科)
記号	番号	希望項目： (診察 ・ 検査 ・ 入院) 希望日： 年 月 日 ()
被保険者氏名	負担 割	主治医の希望： (有 医師 ・ 無) 開放型病床 副主治医： (希望する ・ 希望しない) 在宅管理料 算定： (有 ・ 無)
有効期限	年 月 日	
公費負担①	負担 受給	紹介元医療機関
公費負担②	負担 受給	医療機関名 住 所 医 師 名 T E L F A X
高齢受給者証	負担割合	割 印

診療情報記載欄

主訴あるいは傷病名
紹介目的 <input type="checkbox"/> 判読依頼
症状、診療経過、検査結果、等
現在の処方

※ 必要に応じて、別紙 診療情報提供書 等に記載して添付をお願い致します。

別紙添付 (有 ・ 無)