［FAX送信用］

年　　月　　日

診 療 申 込 書

市立大森病院 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

紹介元　　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日　才
氏 名	様			
住 所	電話番号		職業	
当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	当院 ID		

傷病名又は主症状
紹介目的

受診希望日　　年　　月　　日

患者様の今後についてのご要望

1）診断後直ちに返していただきたい。　　3）今後継続して治療を依頼したい。

2）治療後に返していただきたい。　　4）その他（　　）

＊希望受診日、医師などご希望に添えない場合は、こちらから折り返しご連絡致します。

＊来院前に診療録・IDカードを準備いたしますのでご記入お願いします。

保険者番号			
記号		番号	
被保険者氏名			
続柄			
有効期限	年　月　日～　年　月　日		
負担率	割		

公費負担者番号	
公費負担受給者番号	
有効期間	年　月　日～　年　月　日

公費負担者番号	
公費負担受給者番号	
有効期間	年　月　日～　年　月　日

＜お知らせ＞
申込書をFAXする前に、お電話による
ご連絡をお願いいたします。

市立大森病院　地域包括ケア連携室

〒013-0525　秋田県横手市大森町字菅生田245-205

TEL：０１８２（２６）２１４８

FAX：０１８２（２６）２９７４

受付時間：平日午前８時３０分～午後５時