

診療情報提供書 兼 診療申込書

地域連携室 宛 FAX 0742-51-8722 TEL 0742-77-2259

医療法人拓生会

奈良西部病院

診療科 _____ 科

医師名 _____

紹介元 医療機関名	
所在地	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

フリガナ		生年月日	性別
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女
住所	〒 -	電話番号	① ②

傷病名													
紹介目的													
既往歴													
症状経過 治療経過													
現在の処方													
持参資料	X線 ・ CT ・ MRI ・ 内視鏡 ・ 超音波検査 ・ 心電図 ・ 検査データ												
受診希望日	本日						年 月 日						
保険者番号							資格取得日	年 月 日					
記号・番号	・						負担割合	負担割合 割					
被保険者名							本人 ・ 家族						
公費負担番号							受給者番号						
保険適応外	交通事故 ・ 労災 ・ 生活保護 ・ その他()												

※ 初診の患者様は、保険情報を頂戴することで事前に受付処理いたします。
 ※ ご来院時に保険証の確認が必要ですので、受診者様へ保険証を持参するようお願いください。