

送付日 年 月 日

JA新潟厚生連 小千谷総合病院 紹介患者事前申込書

患者サポートセンター宛

(直通TEL) 0258-81-1616
(直通FAX) 0258-81-1602

紹介元医療機関名
診療科
医師名
TEL・FAX

受診希望日	年 月 日 () 午前 午後		
診察をご希望の科に○をつけてください。	内科(消化器・呼吸器・循環器・代謝・内分泌・腎・総合診療・血液)・漢方外来 神経内科・小児科・外科・乳腺外来・呼吸器外科・心臓血管外科・整形外科 脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・麻酔科		
<small>医師をご指定の場合ご記入ください。 ご記入ない場合は当院に一任願います。</small>	科	医師	医師への事前連絡 有 ・ 無
ご紹介目的	※紹介状をあわせてFAXしていただければ紹介目的の記入は不要です。		

※希望された医師以外の医師が診察する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

○患者様情報

フリガナ			性別
患者氏名			男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)		
現住所	(〒 -)		
自宅電話番号	() -		
当院受診歴の有無	有 ID番号 -	当院のIDカードをお持ちの場合に番号をご記入ください	
	無・不明		

※お手数ですが下記の管理料を算定している場合、ご記入願います。

- C002 在宅時医学総合管理料 (直近の算定日 /) C002-2 施設入居時等医学総合管理料 (直近の算定日 /)
- C003 在宅がん医療総合診療料 (直近の算定日 /) 在宅療養指導管理料(C101 在宅自己注射指導管理料を除く) (直近の算定日 /)

○保険情報(保険証等をFAXしていただければ記入は不要です)

保険証記号番号		公費負担者番号	
保険者番号		公費受給者番号	
被保険者区分	本人 ・ 家族	公費有効期限	平成 年 月 日まで
負担割合	割		