

医療法人 雄心会
 青森新都市病院
 患者支援センター 行
 〒038-0003 青森市石江3丁目1番地

年 月 日
 FAX 017-788-9902
 TEL 017-757-8785
 (患者支援センター直通)

紹介患者連絡票

紹介元医療機関名		
医師名	先生 (科)
電話	FAX	申込担当者

診察依頼 検査依頼

希望診療科	科	希望医師 有・無	希望医師	医師
希望日時	第一希望	年 月 日 ()	(午前・午後)	時頃
	第二希望	年 月 日 ()	(午前・午後)	時頃
連絡事項 (詳細は貴院様式の診療情報提供書にご記入ください。)				

患者様の情報

氏名	フリガナ	様	男・女	生年月日
				明・大・昭・平・令
				年 月 日 歳
住所	〒			
電話	(自宅)	(携帯)	当院 受診歴	有・無

保険者番号									
記号		番号							
被保険者氏名									
続柄									
有効期限									

乳幼児/母子/障害/特定 (負担 割)									
公費負担番号									
受給者番号									
有効期限									

高齢者負担 割

乳幼児/母子/障害/特定 (負担 割)									
公費負担番号									
受給者番号									
有効期限									

* 緊急患者様のご紹介は各診療科の医師と直接連絡をお取りください。 (TEL 017-757-8750)