

予約

緊急

※該当項目にチェックをお願い致します。

※緊急を要する場合は、直接地域医療連携室へご連絡ください。

		平成 年 月 日	
富山県済生会富山病院		紹介医住所	
科		医療機関名	
医師行		科・医師名	
		TEL	
		FAX	

カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願いいたします。記載に替えてコピーをFAXして頂いても結構です。

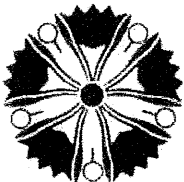
フリガナ 患者氏名	-----	性 別 男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒	電話番号 — —		
保険者番号		公費負担者番		
被保険者証の 記号・番号		公費負担 受給者番号		
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	福祉用紙	障 ・ 親 ・ 乳 ・ 妊	
負担割合 (前期・後期高齢者)	1割 ・ 2割 ・ 3割	福祉用紙 受給者番号		
生保 ・ 労災 ・ 自賠		当院の受診暦	有 ・ 無	

受診希望日 : 月 日 ( )

紹介目的	
------	--

来院時移動手段:  独歩  車椅子  ストレッチャー

# 診察予約申込書



富山県済生会富山病院	TEL 076-437-1111 (代表)
地域医療連携室	076-437-1120 (直通)
	FAX 076-437-1131

・診察申込書をあらかじめFAX頂いた患者さんは、受診日当日までにカルテをご用意いたします。当日は、保険証と診療情報提供書を初診受付にお出してください。