柏崎総合医療センター　受診申込書（ＦＡＸ用）

患者サポート室FAX番号(直通)0257-21-5520
TEL番号(代表)0257-23-2165

医療機関名　　TEL番号

医師名　　FAX番号

受診希望日　　年　　月　　日（　）

診察ご希望の科に○をつけて下さい			紹介目的・診察希望医師等備考欄
01　内科	02　神経内科	07　耳鼻咽喉科	
（専門分野別）	03　小児科	08　眼科	
呼吸器内科	04　外科	09　整形外科	
循環器内科	・心臓血管外科	11　皮膚科	
血液内科	・乳腺外科	12　泌尿器科	
腎臓内科	・呼吸器外科	13　睡眠外来	
内分泌・糖尿病内科	05　脳神経外科	15　痛み外来	紹介状と併せてFAXしていただければ、
消化器内科	06　産婦人科	20　歯科・口腔外科	紹介目的の記入は不要です

フリガナ		性別	当院受診歴の有無
患者氏名	旧姓（　）	男・女	有　・　無　・　不明
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳		
現住所	〒　－		
電話番号	（　）　－		

保険証及び公費医療証をFAXしていただければ、保険情報の記入は不要です

保険証記号番号		医療証負担者番号	
保険者番号		医療証受給者番号	
被保険者区分	本人　・　家族	負担割合	割
資格取得年月日	年　月　日		

※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　/　）

＊ＦＡＸ受付時間 **平日　午前８：３０～午後４：３０**

折り返し、『診察受付のご案内』をＦＡＸ致しますので、患者さんにお渡しください。
上記の受付時間外にFAX送信された場合の対応は、翌診療日の処理となりますのでご了承ください。

＊当日、及び緊急受診希望の患者さんにつきましては直接各外来へご連絡ください。

＊ご指定の医師が不在の場合は、他の専門医が診察させていただくことがございます。

＊ご不明な点がございましたら患者サポート室（病診連携）へお問い合わせください。

R4.4