津軽保健生活協同組合　健生クリニック　診療申込書

**送信先：クリニック地域連携室　　ＦＡＸ番号　０１７２－５５－７７０９**

ＦＡＸ受付時間：24時間自動受付（16:30以降、土日祝日につきましては、翌平日の対応となります）

* 当日受診や緊急受診の際は、この診療申込書は利用できません。

**【受診希望日】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込年月日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第1希望  　　　　月　　　　日（　　） | 第2希望  　　　　月　　　　日（　　） | 第３希望  　　　　月　　　　日（　　） |
| 医師指定または当院医師と連絡対応  　　　　無 ・ 有 ⇒ （　　　　　　　　　　　　　　　）医師 | | |
| 備考： | | |

**【患者情報】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | 生年月日 |
| 氏 名 |  | | 男 ・ 女 | 明・大・昭・平・令  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　（　　　　　　歳） |
| 住 所 | 〒 | | | |
| 電 話 |  | 携帯電話 | |  |
| 当院受診歴 | 有・無 | | | |

**【紹介医療機関】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関・担当医師 | 担当医師： | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 申込担当者 |  | | |

**【保険証情報】**※保険証等の写しなど、保険証情報がわかるものを別紙添付の場合は記載不要です

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | 記号・番号 |  |
| 被保険者名 |  | 負担割合 |  |
| 公費負担者番号 |  | 公費受給者番号 |  |

○本状と診療情報提供書を合わせてＦＡＸをお願いします。

○申込は内科診療のみですので、精神科は本状での申込はできません。

○診療日が決まりましたら、来院ご案内をＦＡＸでご連絡いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：健生クリニック地域連携室　０１７２－５５－７７０７（代）