

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)