

診療依頼書

阪和住吉総合病院 地域医療連携室 行
〒558-0041
大阪市住吉区南住吉3丁目2番9号
TEL06-6692-1001 FAX(直通)06-7653-6026

平成 年 月 日

紹介元医療機関

医院・診療所

医師名

TEL

FAX

患者さま情報

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	M・T・S・H	年	月 日
患者住所				TEL	
受診希望診療科	科	紹介目的	受診依頼・検査依頼・入院依頼		
受診希望日	① 平成 年 月 日		② 平成 年 月 日		
阪和住吉総合病院への受診歴	平成 年 月		(受診科/科)		

◆健康保険証

国・社・後期	保険者番号	記号	番号	有効期限	負担割合
本人・家族				~ H . .	1割・3割

◆第1公費負担等

公費負担番号	公費受給者番号	有効期限
		~ H . .

◆第2公費負担等

公費負担番号	公費受給者番号	有効期限
		~ H . .

◆その他 (労災・交通事故・医療保護

福祉事務所)