

紹介患者連絡票

三愛会 池田記念病院
 地域連携室 行き
 FAX 0248-76-2320

平成 年 月 日

所在地

医療機関

T E L
 F A X

診療科	科	
受診日	月 日 ()	
予約時間	時 分台	
フリガナ		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生(才)	
住所	〒 -	
TEL		

保険者番号								
記号・番号	.							
被保険者名						続柄	本人・家族	
事業所名					一部負担金割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		
資格取得年月日	年 月 日			有効期限	年 月 日			
公費負担者番号								
公費受給者番号								

《通信欄》

池田記念病院受診歴 有 ・ 無