様式30

聖ヨゼフ病院　診療ＦＡＸ予約申込書

（診療情報提供書）　　令和　　年　　月　　日

貴医療機関名称

住所　〒（　　　　―　　　　）

電話番号　　―　　―　　ＦＡＸ　　―　　―

先生のお名前　　　　　　　　　　　先生

聖ヨゼフ病院の受診歴：☐有　☐無　☐不明
※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

フリガナ		性別	生年月日
氏　名	様	男・女 （M）（F）	年　月　日（　　歳）
現住所	〒（　　―　　） 電話　　―　　―		
連絡先	電話　　―　　―		

主保険	保険者番号	記号・番号	1. 本人 2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	給付割合	
1			0割・1割・2割・3割	☐併用無し
2			（　　　　）	

受診する科＿＿＿＿＿科　受診希望医師名＿＿＿＿＿　◎受診希望日　　月　　日

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

病状経過、検査結果、治療経過及び現在の処方

FAX：046-824-8076	**地域連携室直通**	電話：046-824-8071