

診 療 申 込 書

FAX : 06-6852-6870

医療法人聖授会 緑・在宅クリニック 行

必要書類 一覧

- 1.健康保険証
- 2.介護保険証(お持ちの方のみ)
- 3.診療情報提供書
- 4.薬剤情報

出来るだけ詳しく情報のご記載をお願いいたします。

右欄の書類がお手元にございましたら一緒にFAXをお願いいたします。

患者情報	(ふりがな)			性別	男 ・ 女	
	氏名					
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平		年	月	日 (歳)
	往診先住所	〒				
	連絡先	電話：		携帯電話：		

キーパーソン情報	ふりがな			続柄	
	氏名				
	住所	〒			
	連絡先	電話：		携帯電話：	

医療保険	保険者番号		
	被保険者証記号番号	記号 ()	番号 ()
	被保険者との続柄	本人 ・ 家族	
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	公費	障害 ・ 特定疾患 ・ 生活保護 ・ その他 ()	
	公費負担者番号		
	公費負担受給者番号		
介護保険	保険者番号		
	被保険者番号		
	認定の有効期間	年 月 日 ~	年 月 日
	区分	要支援【1・2】 要介護【1・2・3・4・5】	
	介護事業所		
	ケアマネージャー		

※保険証の情報をFAX下せる場合は、ご記入の必要はございません。介護保険はお持ちの方のみで結構です。

記入者情報	ふりがな			続柄	
	氏名				
	住所	〒			
	連絡先	電話：		携帯電話：	

