

主 保 険	保険者番号	記 号 ・ 番 号		1. 本人 2. 家族
併用保険①	負担者番号	受給者番号	種 別	負担割合
			老・乳・()	割
併用保険②	負担者番号	受給者番号	種 別	負担割合
			老・乳・()	割

紹介先医療機関名

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

兵庫あおの病院

科

先 生

侍史

紹介元医療機関

名称・所在地

医 師 名

印

受診希望日	令和 年 月 日 時頃
-------	-------------

TEL

-

-

FAX

-

-

患 者	フリガナ		貴院への 受診歴	1. 有	2. 無	3. 不詳
	氏 名		生年月日	明 大 昭 平	年	月 日 歳
	住 所					
	TEL	自宅	-	-	連絡先	-
概 要	(簡単に)					

患者さんに切り取ってお渡してください。

切り取り

来院の際に必ず持参ください。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病 院 名

独立行政法人国立病院機構

兵庫あおの病院

次のとおり予約を受けました。

担 当 者

氏 名						
生年月日等	(明 大 昭 平	年	月	日生	男 女)	(IDNo.)
診 療 科	科 医 師 名					
診察(検査)	令和 年 月 日 (曜日)					
予約日時	午前・午後 時 分 ※診察の関係で前後することがありますが、ご了承願います。					

(注) ご来院の際に必ず 予約票、健康保険証、医療受給者証、お薬手帳等をご持参下さい。