



外来診療相談FAX用紙

FAX 0166-45-2033

地域医療連携室直通

申込日 令和 年 月 日

相談元機関					
医師氏名					
窓口担当					
連絡先	TEL			FAX	
ふりがな				性別	生年月日
患者氏名	様	男 女	T H	S R	年 月 日
住所	〒 -				
電話番号					
傷病名					
紹介目的					
経過症状					
受診診療科	内科	外科	整形外科	脳神経外科	形成外科
	眼科	耳鼻咽喉科	リンパ浮腫	脳外科 スクリーニング診察	泌尿器科
受診希望日	①	月	日	曜日	午前 午後
	②	月	日	曜日	午前 午後
希望医師	無	有	医師	当院受診歴	無 有

お問い合わせは、森山病院 地域医療連携室 にお願ひ致します。

〒078-8372 旭川市宮前2条1丁目1番6号 TEL (0166) 45-2020(代表)

医療保険情報

被保険者証

保険者番号	
記号・番号	
有効期間	
被保険者氏名	
続柄	本人 ・ 家族

高齢・後期高齢者医療受給者証

市町村番号	
受給者番号	
有効期間	
割数	

公費負担医療受給者証

市町村番号	
受給者番号	
有効期間	

ID: _____