

## 病診連携申込書

(紹介医→N-MCR)

医療法人 明陽会  
 成田記念病院

平成 年 月 日

科 御中

●施設名

●担当医

医師名

□担当医師 先生へ

TEL

□診療希望日 月 日 ( )希望

FAX

□時間希望 午前・午後

フリガナ		男 ・ 女	住 所	
氏名	様			
生年月日 M・T・S・H	年 月 日	歳	TEL( )	—
成田記念病院受診歴	有・無	年 月頃	科	
□〈患者医療情報〉 * <b>お手数ですが、可能な限り御記入をお願い致します。</b> *				
☆感染症	: 有( HCV・HBs・梅毒血清反応・その他 )・無・不明			
☆抗凝固剤の服用	: 有 薬剤名( )・無			

☆☆通信欄☆☆ (できましたら簡単に症状等のご記入をお願い致します)

□治療希望[ ] □抜歯希望[ ] □インプラント用CT希望[上・下・左・右 顎]

☆☆保険証等転記欄☆☆ (記号番号を下記へ記入してください)

保険者番号	記号	番号	本人・家族	負担割合
			1. 本人 2. 家族	割
資格取得日 S・H	年 月 日	有効期限 H	年 月 日	

公費負担者番号	受給者番号/記号	本人
		*本人
資格取得日 S・H	年 月 日	有効期限 H 年 月 日