

# 肺がん包括診療センター 受診申込書

神奈川県立循環器呼吸器病センター

FAX 045-784-5965

※患者ID

太枠の中をご記入ください。（※印の欄は記入しないでください。）

申込年月日		平成 年 月 日	
受診者	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	電話番号	( )	
	ふりがな		性別 男・女
	氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
勤務先又は 緊急連絡先	電話番号 ( )		
申込者 (受診者と同一人の場合は記載不要)	住所	電話番号 ( )	
	氏名		続柄
紹介状	有・無		
紹介状が「有」の方・・・下記項目をご記入ください。			
紹介医療機関名			
<所在市区町村>			
保険情報 ※保険証・医療証の写しをFAXしていただければ、記入は不要です。			
保険者番号	<input type="text"/>	公費負担医療受給者証	
記号・番号	<input type="text"/>	負担者番号	年 月 日
被保険者との続柄	<input type="text"/>	受給者番号	年 月 日
資格取得月日	<input type="text"/>	負担者番号	年 月 日
有効期限	<input type="text"/>	受給者番号	年 月 日
被保険者氏名	<input type="text"/>		
一部負担金の割合	<input type="text"/>		
当センターのことを知ったきっかけに○をしてください。（○はいくつでも可）			
1. インターネット      2. 医療情報誌      3. 医療講座の開催・案内			
4. 金沢まつりでの出店      5. 道路沿いの看板      6. 自宅・職場に近いので知った			
7. 家族・知人から聞いて      8. 他の医療機関・行政から聞いて      9. 県立病院だから知った			
10. 今回紹介されるまで知らなかった      11. その他 ( )			

※  救急車を利用して来院 横浜市地域医療連携システムによる紹介状を持参 即時入院（外来→入院） 直接入院（受付→入院）