No.

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		令和　　年　　月　　日		
受診者	住　所	〒□□□－□□□□ 電話番号　　（　　）		
	ふりがな 氏　名		性別	男 ・ 女
	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	
記号・番号	
被保険者との続柄	
資格取得月日	
有効期限	
被保険者氏名	
一部負担金の割合	

公費負担医療受給者証										
負担者番号									有効期限	年　月　日
受給者番号										年　月　日
負担者番号										年　月　日
受給者番号										年　月　日

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）