

オンライン_セカンドオピニオン受診申込書

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		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 氏名		性別 男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
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"/>
記号・番号	<input type="text"/>
被保険者との続柄	<input type="text"/>
資格取得月日	<input type="text"/>
有効期限	<input type="text"/>
被保険者氏名	<input type="text"/>
一部負担金の割合	<input type="text"/>

公費負担医療受給者証										
負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日
負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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）