申込年月日　　年　　月　　日

JA新潟厚生連 小千谷総合病院 紹介患者事前申込書

患者サポートセンター宛

(直通TEL)　0258-81-1616
(直通FAX)　0258-81-1602

紹介元医療機関名

診 療 科
医 師 名
TEL･FAX

※ 当日、及び緊急受診希望の場合は直接担当科外来もしくは医師にまずはご連絡ください。
連絡電話番号：病院代表電話　0258-81-1600

受診希望日	年　月　日（　）午前　午後	
診察をご希望の科に○をつけてください。	内科（消化器･呼吸器･循環器･内分泌代謝･腎･綜合診療･血液）･漢方外来 神経内科 ･小児科 ･外科 ･乳腺外来 ･整形外科 ･ 皮膚科 ･ 泌尿器科 産婦人科 ･眼科 ･耳鼻咽喉科	
医師をご指定の場合ご記入ください。ご記入ない場合は当院に一任願います。	科　医師	医師への事前連絡　有 ・ 無
ご紹介目的	※紹介状をあわせてFAXしていただければ紹介目的の記入は不要です。	

※希望された医師以外の医師が診察する場合もありますので、あらかじめご了承ください。

○患者様情報

フ リ ガ ナ				性　別
患 者 氏 名				男 ・ 女
生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　年　月　日（　歳）			
現 住 所	（〒　－　）			
自宅電話番号	（　）　－			
当院受診歴の有無	有	ID番号	－	当院のIDカードをお持ちの場合に番号をご記入ください
	無 ・ 不明			

※お手数ですが下記の管理料を算定している場合、ご記入願います。

☐ C002 在宅時医学総合管理料
（直近の算定日　/　）

☐ C002-2 施設入居時等医学総合管理料
（直近の算定日　/　）

☐ C003 在宅がん医療総合診療料
（直近の算定日　/　）

☐ 在宅療養指導管理料(C101 在宅自己注射指導管理料を除く)
（直近の算定日　/　）

○保険情報（保険証等をFAXしていただければ記入は不要です）

保険証記号番号(枝番)		公費負担者番号	
保 険 者 番 号		公費受給者番号	
被 保 険 者 区 分	本人 ・ 家族	公 費 有 効 期 限	令和　年　月　日まで
負 担 割 合	割		