

予約  緊急 ※緊急を要する場合は、医療福祉支援センターへご連絡ください。

※該当項目にチェックをお願い致します。

年 月 日

富山県済生会富山病院	紹介医住所
科	医療機関名
医師行	科・医師名
	TEL
	FAX

カルテの事前登録のため、保険情報の記載もお願いいたします。記載に替えてコピーをFAXして頂いても結構です。

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒	電話番号	- -
保 険 者 番 号		公 費 負 担 者 番 号	
被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		公 費 負 担 受 給 者 番 号	
被 保 険 者 と の 続 柄	本人 ・ 家族	福 祉 用 紙	障 ・ 親 ・ 乳 ・ 妊
負 担 割 合 (前期・後期高齢者)	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	福 祉 用 紙 受 給 者 番 号	
生保 ・ 労災 ・ 自賠	当院の受診歴	有 ・ 無	

受診希望日 : 月 日 ( )

紹介目的	
------	--

来院時移動手段： 独歩  車椅子  ストレッチャー

## 診察予約申込書



富山県済生会富山病院 TEL 076-437-1111 (代表)  
076-437-1120 (直通)  
医療福祉支援センター FAX 076-437-1131

- ・ 診察申込書をあらかじめFAX頂いた患者さんは、受診日当日までにカルテをご用意いたします。
- ・ 当日は、保険証と診療情報提供書を初診受付にお出してください。