

受診連絡票・保険情報記入用紙(FAX用)

順天堂大学医学部附属 順天堂医院
メディカル・コンシェルジュ(難病医療支援外来) 行

FAX番号 03-3818-7880

受診予定日 月 日 (午前 ・ 午後)

貴医療機関名 住所

医師氏名 Tel番号 ()

難病医療支援外来(難病・高度医療特殊専門外来)

※受診される専門外来に○印をご記入ください。

○印	曜日	時間帯	診療科	専門外来名
	月曜	午前	脳神経内科	DAT初診(機器装着治療外来): レボドパ/カルビドパ水和物配合経腸用液療法
	火曜	午前	認知症疾患医療センター	物忘れ外来
	水曜	午前	総合診療科	先進融合漢方外来
		午前	腎・高血圧内科	透析合併症外来
		午後	膠原病・リウマチ内科	分子標的薬治療外来: 生物学的製剤・JAK(ヤヌスキナーゼ)阻害薬治療
		午後	呼吸器内科	レスピケア外来
	木曜	午前	腎・高血圧内科	透析合併症外来
		午後	臨床遺伝	臨床遺伝外来
	土曜 (第一のみ)	午前	呼吸器内科	レスピケア外来
	土曜	午前	糖尿病・内分泌内科	ポンプ/合併症外来
		午前	臨床遺伝	臨床遺伝外来

フリガナ

患者氏名 様 男・女 M・T・S・H・R 年 月 日生(歳)

住所

患者連絡先Tel番号

保険情報記入欄

(保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信していただく場合ご記入は不要です。)

■被保険者証(本人・家族)

(0割・1割・2割・3割)

保険者番号	
記号・番号	・
資格取得日	年 月 日
有効期間	～

■第一公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者担者	
有効期間	～

■後期高齢者医療被保険者証

保険者番号	
被保険者番号	
有効期間	～
負担割合	1割 ・ 3割

■第二公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者担者	
有効期間	～

※お問い合わせ先 メディカル・コンシェルジュ 直通電話 03(5802)1768