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
医療サービス支援センター地域医療連携室　行

ＦＡＸ番号　0120－03－3946

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　　（　　）

↓当院診療科に指定医がいる場合ご記入ください

受診される診療科名に○印をご記入ください。（　　先生）

○印																																		
受診科	総合診療科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	腎・高血圧内科	膠原病・リウマチ内科	血液内科	糖尿病・内分泌内科	腫瘍内科	メンタルクリニック	脳神経内科	小児科・思春期科	食道・胃外科	大腸・肛門外科	肝・胆・膵外科	乳腺科	心臓血管外科	呼吸器外科	泌尿生殖器外科・小児外科	脳神経外科	スポーツ診療科・整形外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉・頭頸科	放射線科	産科	婦人科	ペインクリニック・麻酔科	リハビリテーション科（ボツリヌス治療外来のみ）	歯科口腔外科	脊椎脊髄センター	睡眠・呼吸障害センター	足の疾患センター

患者氏名（フリガナ）　　様　　男・女　M・T・S・H・R　　年　　月　　日生（　　歳）

住所　　日本国籍以外の場合国籍をご記入ください

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	～

※お問い合せ先　地域医療連携室　直通電話 03(5802)1576