

糖尿病患者栄養指導 紹介予約申込書

年 月 日

JA広島総合病院
 地域医療連携室 御中
FAX 0829-36-1155

紹介医療機関名
 住所
 医師名
 電話番号
 FAX

フリガナ		男・女	生年月日		
患者氏名			明・大・昭・平・令	年	月 日
現住所					
患者連絡先 (平日昼間に 連絡が取れる 番号)	① ()	—			
	② ()	—			
	③ ()	—			
当院受診歴	有 ・ 無				
治療に関する 希望	・糖尿病患者様に対する栄養指導 ・指定曜日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月・水・木・金)曜日				
備考					
主 保 険					
保険者番号	記号・番号			
区分	本人・家族		被保険者名		
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日		
公 費					
負担者番号	受給番号			
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日		
負担者番号	受給番号			
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日		
患者負担割合	3割 ・ 2割 ・ 1割				

※来院の際は必ず保険証を持参していただくよう患者さんのご指導よろしく申し上げます。

【JA広島総合病院記載欄】

受付日	年 月 日	患者 ID	- -		
受診 予約	年 月 日	受付時間	<input type="checkbox"/> 8:30	予約連絡	