

# さくらクリニック成田 日帰り手術連絡票

◇紹介元病院名

\_\_\_\_\_(TEL) \_\_\_\_\_(FAX)

◇紹介元連絡先

◇受診予定日時

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日(\_\_\_\_) AM/PM \_\_\_\_: \_\_\_\_ ~ \_\_\_\_

◇受診科

泌尿器科 ・ 透析科

◇患者様情報

氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	M/T/S/H		
住所	〒 _____ _____		

◇保険・公費情報 コピーをFAXして頂ければ下記の記入は不要です。

保険区分	社保・国保・後期・生保/公費	有・無
保険者番号		
記号番号		
続柄		
負担率		

公費有の場合

重度心身障害者受給証	有・無	自己負担額	円
更生医療	有・無		市役所

※生活保護の場合は保険者番号に福祉事務所名、記号番号に担当CWの名前を記載して下さい。

◇来院詳細 独歩・車椅子・ストレッチャー

◇付き添い あり・なし

◇特記事項

送迎希望	有・無
食事希望 (1食500円)	有・無
その他ご要望があれば 御記載下さい。	

患者様情報・保険情報は貴院の個人情報取り扱いに則ってご記入いただいております。

受診当日は診療情報提供書と保険証を必ず持参お願い致します。