

共同利用申込書兼診療情報提供書

FAX 番号(直通) 0258-28-9060

医療機関名  
所在地  
TEL・FAX

担当医師名

送付日 平成 年 月 日

◆患者情報

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	T・S・H	年	月 日
住所			電話	( )	—

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。

保険証記号番号		医療証負担者番号							
保険者番号		医療証受給者番号							
被保険者区分	本人 ・ 家族		負担割合	割					

◆臨床診断・検査目的(方法・方向など含む)