

診療情報提供書

皮膚科芦屋柿本クリニック宛

平成 年 月 日

FAX番号
186-0797-34-0410

受診希望日 (3日後以降)

平成 年 月 日

御希望の時間帯に○をつけてください。

09時～10時・10時～11時
11時～12時・16時～17時
17時～18時・18時～19時

医療機関名

所在地

紹介医師先生

TEL
FAX

貴院住所ゴム印の捺印で結構です

ふりがな 患者様氏名
生年月日
〒 住所
電話番号 - - 当院から来院のお時間をこの番号へお掛けします
職業

被保険者証	
保険者番号	
被保険者証 記号・番号	
被保険者又 は家族の別	本・家 有効 期限 . .
公費負担者 番 号	
公費受給者 番 号	0割 . 1割 . 2割
公費負担 割 合	
有効期限	. . ~ . .

ご相談内容

*当日は必ず保険証をお持ちください。