

患者情報・FAX用

日本大学医学部附属板橋病院

一般診療 セカンドオピニオン

※どちらか選択の上、レ点をお願い致します。

科 _____ 先生

受診予定日 年 月 日 ()

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30番1号

TEL 03 (3972) 8 1 1 1

令和 年 月 日

保険者番号									
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									
資格取得	年	月	日	有効期限	年	月	日		
被保険者との続柄 (本人・家族)	継続の (有・無)								
被保険者名 (フリガナ) 被保険者からの患者の続柄									
公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									
公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

(当日は、保険証をご持参ください)

下記の患者さんについて宜しくお願いいたします。

患者氏名 および 生年月日	フリガナ	大正・昭和 年 月 日生 (歳)
	様 (男・女)	平成・令和 (職業)
住 所	〒	TEL ()

日本大学医学部附属板橋病院 医療連携センター

FAX 0120-600-563

03-3972-0018

TEL 03-3972-8111 (代表)

(受診のお問い合わせは、代表電話にお願いいたします。)

0120-700-127 (医療連携センター事務室)

URL <http://www.med.nihon-u.ac.jp/hospital/itabashi/>