

診療情報提供書（紹介状）

(FAX送信用)

平成 年 月 日

日本大学医学部附属板橋病院

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

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									

(当日は、保険証をご持参ください)

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

下記の患者様について宜しくお願い致します。

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

日本大学医学部附属板橋病院 医療連携室

FAX 0120-600-563

03-3972-0018

TEL 03-3972-8111 (代表)

(受診のお問い合わせは、代表電話にお願い致します。)

0120-700-127 (連携室)

URL <http://www.med.nihon-u.ac.jp/index.html>