

自賠責一括対応にかかる患者様と御社情報について

以下にご記入後、本日中に FAX.をお送りください。よろしく願いいたします。

すみだゼネラルクリニック 03-6284-1924

1. 患者様情報

(1) 氏名 (漢字) _____

(2) 氏名 (ふりがな) _____

(3) 生年月日 (西暦および元号両方) _____

(4) 住所 (郵便番号から) _____

(5) 電話番号 (家 携帯電話両方) _____

(6) 性別 _____

(7) 健康保険証またはマイナンバーカードの有無 有 無 →当院では身分証明書代わりに初回と月初めにご提示いただいております。保険証がない方はお受けできません。

(8) 事故日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(9) 今回の事故に関する前医の受診歴および薬情報 有 無

(10) 【前医がある場合】紹介状の有無 画像等資料の有無 有 無 →紹介状がなければ当院ではみられません。

2. 御社情報

(1) 御社名 _____

(2) 担当者名 _____

(3) 住所 (郵便番号から) _____

(4) 電話番号 (会社および携帯電話) _____

(5) FAX 番号 _____

以上相違ありません。

御社名および担当者氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日