

紹介患者予約FAX用紙

紹介元医療機関	医療機関名	*印でかまいません			
	郵便番号				
	所在地				
	TEL				
	FAX				
患者情報	フリガナ	男女	生年	M T S H	
	患者氏名		月日	年	月
	患者住所	〒	TEL		
受診科等	受診科	科 (医師希望 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医師)			
	希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (第1希望 月 日 / 第2希望 月 日)			
	検査予約 (必要時記載)	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (検査名: .日時: 月 日 時 分)			
傷病名・目的等 (情報提供書添付いただける場合は記載不要です)					

保険証等の情報 (保険証やカルテ表紙添付でもかまいません)

被保険者証	
保険者番号	
記号・番号	
有効期間	~
被保険者氏名	
続柄	

公費負担医療費受給者証	
負担者番号	
受給者番号	
有効期間	

◎地域医療連携室の受付時間 平日 : 午前 8 時 30 分 ~ 午後 5 時 00 分

◎電話 0985-39-8952 (直) ◎FAX : 0985-39-0372 (直)