

紹介患者事前連絡票

令和 年 月 日

■患者情報

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
氏名	男・女 (旧姓 )		年 月 日 ( 歳)
住所			

注：下記の連絡先に北九州市立医療センターよりお問い合わせをさせて頂くことがあります。

連絡先	自宅	携帯	
当センターの受診歴	あり ( 年 月頃) ・ なし		
受診希望日	月 日 ( )	受診希望科	受診希望医師

■保険情報 (貴院の書式のものをFAXいただいても結構です)

保険者番号			
被保険者証 記号・番号	本人・家族 続柄[ ]	負担割合	1割・3割 (70歳以上の場合のみ)
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日
	公費負担医療証 ( )	公費負担医療証 ( )	
公費負担者番号			
公費負担医療 の受給者番号			
資格取得	年 月 日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	年 月 日	

■その他連絡事項

--

■開放病床利用について  にチェックをご記入ください。

入院になった場合、開放病床利用希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
※紹介患者さんをご入院後開放病床利用決定時、連携室より電話にてご連絡させていただきます。

■「連携ネット北九州」について  にチェックをご記入ください。

閲覧を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
※閲覧について患者さまへの説明をお願いいたします。同意書は当センターで取得します。

■紹介元医療機関

医療機関名		担当医師	
所在地			
連絡先	TEL	FAX	

※手続きの確実性確保のため、もれなく正確にご記入ください。  
 ※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、患者さんには別途、診療情報提供書を持参させてください。  
 ※ご都合により来院出来ない場合は、当センター医療連携室までご連絡ください。  
 ※病院内で介助が必要な方は、可能な限り付添いの方(ご家族等の方)とご来院くださいますようお願いいたします。なお、お一人で来院される場合は、事前にご連絡くださいますようお願いいたします。