

紹介患者事前連絡票

年 月 日

■患者情報

フリガナ		生年月日	M・T・S・H
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 ☐ にレ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 ☐ 希望する ☐ 希望しない
※紹介患者さんが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 ☐ にレチェックをご記入ください。

閲覧を ☐ 希望する ☐ 希望しない
※閲覧について患者さまへの説明をお願い致します。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			

※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。