

紹介患者事前連絡票

年 月 日

■患者情報

フリガナ			T・S・H・R
氏名	男・女 (旧姓)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所			
連絡先	自宅	携帯	
当院の受診歴	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

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

--

■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、当院地域医療連携室までご連絡ください。