

紹介患者事前連絡票

年 月 日

フリガナ				T・S・H・R
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 -			
連絡先	自宅		携帯	
受診希望日	月	日 ()	受診希望科	科
受診歴	<input type="checkbox"/> あり <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <input type="checkbox"/> 市立八幡病院 <input type="checkbox"/> 市立医療センター <input type="checkbox"/> 第2夜間・休日急患センター </div> <input type="checkbox"/> なし			

■保険情報

※保険情報は、保険証や公費医療証のコピー等を添付してください。

FAXの状態等で確認が取れない場合は、連携室よりご連絡を差し上げます。

手書きをされる場合はご利用ください。



保険者番号		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
記号・番号	本人	資格取得	年 月 日
	家族	有効期限	年 月 日

公費負担医療証		資格取得	年 月 日
()			
公費番号		有効期限	年 月 日

■紹介元医療機関

医療機関名		連絡先	
所在地		FAX	

■事前連絡票について

※事前連絡票（保険情報含む）と診療情報提供書をFAXしてください。

患者さんの受診当日の負担軽減を目的としていますので、ご協力をお願いいたします。

※受診日に、患者さまご自身が、診療情報提供書の原本をお持ちいただくようお願いください。