

TEL 093-662-6565 (内線 5614)

FAX 093-662-1909 (医療連携室専用)

紹介患者事前連絡票

平成 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				
連絡先	自宅	携帯		
当院の受診歴	あり ( 市立八幡病院・第2夜間・休日急患センター )		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、当院医療連携室までご連絡ください。