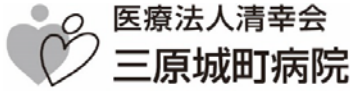


紹介患者連絡票

年 月 日



地域医療連携室行
TEL : 0848-64-1212
FAX : 0848-64-7395

紹介元医療機関

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

受診科 科

第一希望日時 年 月 日 () 時 分頃

第二希望日時 年 月 日 () 時 分頃

※緊急時、即入院必要時の場合は前もって担当医へご連絡いただきますようお願いします。

ふりがな		男	生年月日	年	月	日
患者名前		女	明治・大正			
		様	昭和・平成・西暦			
住所	【電話】 - -					
紹介目的	入院・精査・検査・手術・転医・その他()					
主訴(医師への依頼事項を簡単にご記入ください。)						
当院の受診歴(無 ・ 不詳 ・ 有)						

患者様の保険情報

(被保険者証)

保険者番号									
記号・番号									
有効期限	~								
被保険者氏名									
患者負担割合	割								

(公費負担医療受給者証/票)

公費負担者番号									
受給者番号									
有効期限	~								

その他の連絡事項

--