

紹介患者事前受付用FAX用紙

年 月 日

松江赤十字病院

地域医療連携室 行き

FAX 0852-27-9261

電話 0852-32-7813(直通)

紹介元医療機関名

電話番号 () -

FAX番号 () -

患者さんは貴院でお待ちですか? はい いいえ

		旧姓				
ふりがな	()	性別	生年月日			
患者氏名	()	男 女	大・昭・平・令	年	月 日生	
患者住所			電話番号 ()	-		

希望診療科・医師

科	医師
---	----

希望診察日 いつでもよい

第1希望日		第2希望日					
月	日	時	分	月	日	時	分

※精神神経科・眼科・放射線科は外来で予約調整いたしますので、お返事にお時間がかかります。ご了承ください。

紹介目的、主訴、傷病名など必ずご記入ください。(紹介状添付でも可) 緊急性がある場合はチェックをお願いします。

緊急性有り

保険・患者情報 該当項目にチェックをお願いします(保険情報は貴院のカルテ1号紙をFAXいただいても結構です)

<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名:)
<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 福祉医療証
<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 自賠
その他特記事項 ()	

・折り返し、『紹介患者予約受付票』をFAXいたしますので、患者さんにお渡しいただきますようお願いいたします。

・診療情報提供書(紹介状)は予約日までにFAXまたはまめネットで送信下さい。