

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 () -

ふりがな	(旧姓)	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 ()	-

入院中の場合はこちらにチェックをお願いします。

希望診療科・医師

科	医師
---	----

希望診察日時

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 3日以内 <input type="checkbox"/> 7日以内 <input type="checkbox"/>

保険情報 できるだけご記入ください(貴院のカルテ1号紙をFAXいただいても結構です)

被保険者証

保険者番号
記号・番号
資格取得日 年 月 日
世帯主
保険者名

高齢受給者証

保険者番号
受給者番号
有効期限 . . . ~
負担割合 1割 3割

公費負担医療受給者証

公費負担者番号
受給者番号
有効期間 . . . ~

公費負担医療受給者証

公費負担者番号
受給者番号
有効期間 . . . ~

・折り返し、『紹介患者予約受付票』をFAXいたしますので、患者様にお渡しいた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。