紹介患者事前受付用FAX用紙

				令和	年 .	月 日	
安来市立病院	紹介元医	療機関名					
電話	0854-32-2333		科 医師	i名			
FAX	0854-32-2335	電話番号 () 一					
		FAX番号 () 一					
							
フ リ ガ ナ			性別	電		話	
患者氏名			<u>ほ </u>	() –	нн	
住所				<u> </u>			
生年月日	明·大·昭·平 年 月	日	 i 年 齢	満		 歳	
_ , ,, ,,	22 23 AH 1 72	"		***			
紹介目的	□ 診察·加療目的	入院加療		他()	
和几日的	診療科	科	ļ		医	師	
	□ 診療情報提供書 作成済	み → (同	時にFAXi	送信お願い	ハします))	
	□ 診療情報提供書 未作成	→ (依	頼内容をご詞	記入くだる	テい)		
依 頼 内 容							
(診療情報)							
	※診療情報提供書 □ 別途	FAX送信 []当日持参				
受診希望日	第1希望日 年	月	日()	時	分頃	
	第2希望日 年	月	日()	時	分頃	
保険情報	□ 本人 □	家族					
保険者番号			公費負担のある方				
記号・番号			負担者番号	号			
負担割合	□ 1 割 ・ □	3 割	受給者番号	号			

折返し、『紹介患者予約受付票』FAX致しますので、患者様にお渡しいただきますようお願い致します。