安来市立病院　地域連携室行　　（様式1－①）

紹介患者事前受付用ＦＡＸ用紙

平成　　年　　月　　日

安来市立病院　地域連携室　行	紹介元医療機関名
電　話　　0854－32－2333	科　医師名
ＦＡＸ　　0854－32－2333	電話番号　（　　）　－
	ＦＡＸ番号　（　　）　－

フリガナ		性別	電話
患者氏名		男・女	（　　）　－
住所			
生年月日	明･大･昭･平　　年　　月　　日	満年齢	満　　歳

紹介目的	□ 診察･加療目的　□ 入院加療　□ その他（　　） 診療科　　科　　医師
依頼内容 （診療情報）	□ 診療情報提供書 作成済み →（同時にＦＡＸ送信お願いします） □ 診療情報提供書 未作成 →（依頼内容をご記入ください） ※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	
記号・番号	
負担割合	□ 1 割　・　□ 3 割

公費負担のある方	
負担者番号	
受給者番号	

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。