

### 紹介患者事前受付用FAX用紙

令和 年 月 日

安来市立病院 地域連携室 行

電 話           0854-32-2333

F A X           0854-32-2335



紹介元医療機関名

科 医師名

電話番号     (    ) ー

FAX番号     (    ) ー

フリガナ		性別	電 話
患者氏名		男・女	(    ) ー
住 所			
生 年 月 日	大・昭・平・令   年 月 日	満 年 齡	満    歳

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察・加療目的 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> その他(            ) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>診療科</span> <span>科</span> <span>医師</span> </div>
依頼内容 (診療情報)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 作成済み → (同時にFAX送信お願いします) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 別途FAX送信 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1割		・	<input type="checkbox"/> 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きますようお願い致します。