

紹介患者事前受付用FAX用紙

申込日： 令和 年 月 日

※本書と診療情報提供書をFAXしてください。

紹介元医療機関

医療機関名	診療科	科
担当医師	T E L ()	-
所在地	F A X ()	-

診療科	科
担当医師	<input type="checkbox"/> 医師指定 (医師) <input type="checkbox"/> 指定なし ※ 医師の了解 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
診察希望日	第1希望: 月 日 第2希望: 月 日 <input type="checkbox"/> いつでも可

患者基本情報

フリガナ	性 別 <input type="checkbox"/> 男 . <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	様 (旧姓:) <input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 (才)
現住所	〒 - 自宅番号 () - 携帯番号 () -
患者さんの状況	<input type="checkbox"/> 現在外来で返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中
保険者番号	公費負担者番号①
記号	受給者番号
番号	有効期間 ~
有効期間	公費負担者番号②
被保険者氏名	受給者番号
負担割合 () 割	有効期間 ~

※保険情報は保険証のコピーでも可

主病名(傷病名)

備考

☐ 患者さんへ当院から連絡が必要な場合は、✓をしてください。

※上記患者様をご紹介します。貴院受診の際は、報告書の送付をお願い致します。

※緊急時・即入院必要時等の場合は、前もって担当医へご連絡いただきますようお願いいたします。