

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"/> 濟 <input type="checkbox"/> 未
診察希望日	第1希望： 月 日 <input type="checkbox"/> いつでも可 第2希望： 月 日

患者基本情報

フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 . <input type="checkbox"/> 女
患者氏名 (旧姓 :)	様	<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致します。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します。