

患者紹介用FAX連絡票



令和 年 月 日

〒969-1793

福島県伊達郡国見町大字塚野目字三本木14番地

TEL 024-585-2121 (代表)

FAX 024-585-2350 (地域医療連携課直通)

紹介科 歯科口腔外科

担当医 長谷川 博 先生宛

秋本 哲男 先生宛

【紹介元医療機関】

医療機関名

医 師 名

所 在 地

TEL

FAX

ふりがな	生年月日
患者氏名 (男・女)	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
住 所 〒	
TEL	(携帯電話)
傷病名及び 紹介目的	

【保険情報】 (下記の通り ・ 別紙の通り)

保険証番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
本人・扶養の区別	本人・扶養	負担割合	1割・2割・3割
子ども医療受給番号			

連絡先	<input type="checkbox"/> ご本人・家族 (上記連絡先) <input type="checkbox"/> 貴院連絡
備考欄	※受診に際し、ご都合が悪い日等のご要望がありましたらご記入願います。

◇この連絡票に患者氏名、住所、生年月日、保険証番号等の健康保険証情報をご記入いただき診療情報提供書を添付の上、FAXにてお送りください。予め診察券とカルテを準備いたします。

◇受診日が決定後、当院地域医療連携課より上記連絡先へご連絡いたします。

◇上記記入の簡略化のため、貴院の電子カルテ等より同様の情報複写 (パソコンによる画面コピー等) でも可能です。その際には、別紙に保険情報等の添付をお願いいたします。

◇受診時ご持参いただくもの

- ①診療情報提供書 (紹介状) 、②健康保険証 (各種受給者証等含む) 、③おくすり手帳
- ④診察券 (当院受診歴がある場合)