

患者紹介用 FAX 連絡票【医科】



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 _____ 科

担当医 _____ 先生宛

_____ 先生宛

【紹介元医療機関】

機関名
医師名
所在地
連絡先
FAXno.

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)
紹介目的なら びに傷病名	

【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
<p>※連絡先指定の場合、受診日程調整を早めに進めたいため、日中帯に必ずつながる連絡先をご提示願います (連絡先へ表記される番号 024-585-2121)</p>	
優先1	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 固定 ()
優先2	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 固定 ()
備考 その他	

※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。

- ◇ 枠内必要箇所をご記入いただき、診療情報提供書添付の上でFAXをお送り下さい。予めカルテ作成を進め準備をします。
- ◇ 受診日調整し決定後に、当院地域医療連携課より上記指定連絡先へご連絡いたします。
- ◇ 貴院電子カルテ等からの情報複写(画面コピー)での提供も可、その際、保険情報中心に添付願います。
- ◇ 受診時ご持参いただくものは①診療情報提供書②健康保険証(各種受給者証)③お薬手帳④診察券です