

年 月 日

紹介元医療機関名 名称
所在地
電話番号
医師名

紹介患者事前受付用FAX用紙

(患者様の情報)

フリガナ		受診希望日	年 月 日
患者氏名		診療科	
生年月日	T. S. H. R 年 月 日生 (歳)		
住所			
電話番号		性別	男 ・ 女

(患者様の保険証)

被保険者証

保険者番号	
記号・番号	
有効期間	
被保険者氏名	
被保険者との続柄	
事業所名	
一部負担金割合	割

公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	

その他連絡事項

.....

.....

.....

.....

患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で返事を待っている
	<input type="checkbox"/> 帰宅済
	<input type="checkbox"/> 入院中

* 患者様の情報は、保険証もしくはカルテのコピーをファックスしていただいても結構です。

○ 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頂きますようお願いいたします。

FAX 0848-77-0956

〒722-0393 広島県尾道市御調町市124番地
公立みつぎ総合病院 地域包括ケア連携室

Tel 0848-77-0955(直通)