

紹介患者事前受付用 F A X 用紙

※本書と診療情報提供書をFAXしてください。

令和 年 月 日

因島医師会病院 地域医療連携室 行	TEL : 0845-24-1244 (直通)
FAX : 0845-23-6021	TEL : 0845-24-1210 (代表)

紹介元医療機関

医療機関名	TEL	-	-
所在地	FAX	-	-
診療科・医師名			

受診希望

診療科	希望形態	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 入院
担当医師	<input type="checkbox"/> 医師指定 () <input type="checkbox"/> 指定なし 医師への事前連絡 未 ・ 済		
診察希望日	第1希望日: 月 日 第2希望日: 月 日 <input type="checkbox"/> いつでも可		
傷病名・備考			

患者基本情報

フリガナ	性別	男 ・ 女
氏名	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)	
現住所 連絡先	〒 - 自宅 - - 携帯 - -	
患者様の自立度	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子	
患者様の状態	<input type="checkbox"/> 現在外来で返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み	

被保険者番号	①	②
記号・番号	負担者番号	
有効期限	受給者番号	
被保険者氏名	有効期限	
負担割合	割	※保険証または保険登録画面のコピーでも可

■地域医療連携室受付時間 平日 9時～17時 土曜日 9時～12時

■緊急時・即入院・休診日の場合は直接電話にてご連絡ください。