

患者紹介事前連絡票

この紹介状は前日までに当院へFAXでお送りいただき、事前カルテ作成の一助とするものです。

受診希望日	年 月 日 (午前・午後) 時 分													
フリガナ											生	明・大・昭・平		
患者氏名	男女										年	月	日	
住所	〒 - Tel - -													
受診科	内科	神経内科	心療内科	小児科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科		検査のみ	
検査	CT・ダイナミックCT・MRI・MRA													
	単純・造影 部位()													
	胃カメラ・大腸ファイバー・DXA・その他()													
紹介科	科 医師 *特に指名のある場合にご記入ください													
入・外・検査区分	1 入院加療 2 外来診療 3 検査のみ 4 検査と外来診療													

被保険証情報

保険者番号											記号番号			
資格取得月日	年 月 日			有効期限	年 月 日									
被保険者氏名											続柄			
負担率	割													
公費負担医療受給者証														
負担者番号											有効	年	月	日～
受給者番号											期限	年	月	日

*FAX受信後、折り返し「診察・検査予約票」をFAX送信させていただきます。

→17時以降の受診分は、翌診療日の対応となります。

*保険証の写しをFAXして頂ければ、被保険証情報の記入は不要です。

*予約以外については別紙外来診療担当医師表をご参照ください。

*受診当日には、保険証・診療情報提供書等は患者さまにご持参して頂く様お願い致します