

患者様紹介申込書



三原病院 地域医療連携センター 宛



FAX

(0848) 64-5083 (直通)

送信日 令和 年 月 日

①ご紹介内容 **※緊急時や当日ご希望の場合は、あらかじめ電話でご連絡ください。**

紹介目的	区分	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン			
	内容				
希望日	<input type="checkbox"/> 希望あり	第一希望日	年	月	日 ()
		第二希望日	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> 希望なし	※原則、医師の外来担当日以外となりますので、初診日と通院日は曜日が異なります。			

②紹介元情報

医療機関名		診療科		科
所在地				
医師氏名		窓口担当者名		
TEL		FAX		

③患者情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
氏名	様	生年月日	年	月	日	歳
当院カルテ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		電話番号			
住所						
保険情報 <small>※コピー添付でも可</small>	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ/健康保険組合 <input type="checkbox"/> 高齢者医療 <input type="checkbox"/> 公費等					
	保険者番号		記号番号			
(入院希望の場合) 第一連絡先	続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子・孫 <input type="checkbox"/> 嫁婿/甥姪 <input type="checkbox"/> その他 ()				

※診療情報提供書や検査データを添えて、FAX送信してください。

※入院希望の場合、第一連絡先を確認させていただく場合があります。

※調整ができ次第、折り返しご連絡いたします。

