

# 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 ※日程調整のため、ご本人等に当院へ電話していただくようお願いください (☎0848-63-2011)

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。

