

紹介患者さま事前受付 FAX用紙

平成 年 月 日

吉島病院 地域医療連携室 行

紹介元医療機関

FAX (082) 243-0855 (直通)

TEL (082) 241-2167 (代表)

医療機関名
所在地
医師名
電話番号
FAX 番号

* 診療情報提供書も一緒にご送信ください。

●患者さま個人情報

ふりがな		性別		生年月日
氏名	様	男・女	M・T S・H	年 月 日
住所	〒 -			
電話番号	①	②		

※ 事前受付用紙を送って下さいました場合は、前もってカルテを準備させていただきます。
 ※ 当院での診察が初めての方は、下記の「患者さま保険情報」にご記入いただくか、
 保険証のコピーをお送り下さい。

●患者さま保険情報

保険者番号		負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
被保険者氏名		負担者番号	
続柄		受給者番号	
老人負担割合	上位所得者 ・ 一般 ・ 非課税Ⅰ ・ 非課税Ⅱ		

●受診予約についての情報

希望診療科	科	指定医師名	(指定なし) 医師
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <担当医連絡 済 ・ 未 > <input type="checkbox"/> 入院 <担当医連絡 済 ・ 未 > <input type="checkbox"/> 検査 <予約 済 ・ 未 > 〔 胃内視鏡・大腸内視鏡 CT・MRI・エコー 〕 <input type="checkbox"/> その他		
	受診希望日	第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 ()	
	受付日時連絡先	<input type="checkbox"/> 貴院にて待機中 <input type="checkbox"/> 患者さまへ <input type="checkbox"/> 電話予約済み (連絡不要)	

緊急入院等の必要な場合は、前もって担当医へご連絡いただきますようお願いします。