

## 紹介患者事前受付用FAX用紙

平成 年 月 日

※本書と診療情報提供書をFAXしてください。

### 紹介元医療機関

医療機関名	診療科	科
担当医師	TEL	
所在地	FAX	

診療科	科	
担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 医師指定( 医師)
診察希望日	第1希望: 月 日	第2希望: 月 日
	<input type="checkbox"/> いつでも可	

### 患者基本情報

フリガナ		M・T S・H	年 月 日生( 才)
患者氏名	様 (旧姓: ) 男・女	〒	現住所
連絡先優先順位	①自宅・携帯・職場・病院:( ) -		
	②自宅・携帯・職場・病院:( ) -		
	③自宅・携帯・職場・病院:( ) -		
保険者番号		公費負担者番号①	
記号		受給者番号	
番号		有効期間	~
有効期間	~	公費負担者番号②	
被保険者氏名		受給者番号	
負担割合	( ) 割	有効期間	~

主訴(傷病名)

備考

\* 緊急時・即入院必要時等の場合は、前もって担当医へご連絡頂きますようお願いいたします。