

# 紹介患者事前受付用FAX用紙

年 月 日

**松江赤十字病院**

地域医療連携室 行き

FAX 0852-27-9261

電話 0852-32-7813(直通)

紹介元医療機関名

電話番号 ( ) -

FAX番号 ( ) -

ふりがな

性別 生年月日

患者氏名

男・女 M・T・S・H 年 月 日生

患者住所

電話番号 ( ) -

希望診療科・医師

希望診察日時

科	医師
---	----

第1希望日	第2希望日
月 日 時 分	月 日 時 分

依頼内容

**保険情報** できるだけご記入ください(貴院のカルテ1号紙をFAXいただいても結構です)

**被保険者証**

保険者番号
記号・番号
資格取得日 年 月 日
世帯主
保険者名

**高齢受給者証**

保険者番号
受給者番号
有効期限 . . . ~ . . .
負担割合 1割 3割

**公費負担医療受給者証**

公費負担者番号
受給者番号
有効期間 . . . ~ . . .

**公費負担医療受給者証**

公費負担者番号
受給者番号
有効期間 . . . ~ . . .

・折り返し、『紹介患者予約受付票』をFAXいたしますので、患者様にお渡しいたきますようお願いいたします。  
 ・診療情報提供書(紹介状)は予約日までにFAX又はまめネットで送信ください。