

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 () _____

入院中の場合はこちらにチェックをお願いします。

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・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またはまめネットで送信下さい。