

# 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 . . . ~ . . . .
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またはまめネットで送信下さい。