

福岡県済生会八幡総合病院 地域連携室 宛て

FAX 0120-059-271 (地域連携室専用)

TEL 0120-059-270 (地域連携室直通)

年 月 日

紹介患者事前連絡票

◇患者情報◇

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
氏名	男・女 (旧姓)		年 月 日 (歳)
住所			
連絡先	自宅	携帯	
当院の受診歴	あり (年 月頃)	なし	
受診希望診療科			
受診希望医師			
受診希望日	年 月 日 ()		

◇保険情報◇ (貴医療機関の書式のものをFAXいただいて構いません)

保険者番号			
被保険者証 記号・番号	本人・家族 続柄 ()	負担割合	1割・2割・3割 (70歳以上の場合のみ)
資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
	公費負担医療証 ()	公費負担医療証 ()	
公費負担者 番号			
公費負担医療の 受給者番号			
資格取得	年 月 日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	年 月 日	

◇その他連絡事項◇

--

◇紹介元医療機関◇

医療機関名		担当医師	
所在地			
連絡先			

※ 診療情報提供書につきましては、事前にFAXで送信をお願いします。
原本については患者さんにお渡しいただき、診察の際に持参するようお願いください。

※ ご都合により予約日に来院できない場合は、地域連携室にご連絡をお願いします。