



紹介患者事前受付用FAX用紙

年 月 日

三原赤十字病院

科	先生	医療機関名
受診希望日 月 日	時頃	所在地

緊急性(有・無) 入院希望(有・無) T E L

受診歴(有 科 年頃・無) F A X

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男 女	大正・昭和 年 月 日()才 平成・令和
住所 〒	TEL () -	
症状		

患者様の保険証番号

被保険者証

保険者番号	
被保険者証の記号・番号	
資格取得年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日
被保険者氏名	
被保険者との続柄	本人・家族
負担割合	

老人医療受給者証

市町村番号	
受給者番号	
有効期間	年 月 日
負担割合	

公費負担医療受給者票

公費負担者番号	
受給者番号	
有効期間	年 月 日
	年 月 日

●特記事項

※患者様の情報は、保険証もしくはカルテのコピーでもよろしいです。
 ※保険証をFAXしていただく場合は、表面(被保険者名)・裏面(被扶養者名)ともお願いします。
 ※氏名変更された方は、旧姓もお書き添えください。
 ※緊急時・即日入院必要時等の場合は、前もって担当医へご連絡いただきますようお願いいたします。
 ※ご不明な点は、上記連携課までご連絡願います。