

三原赤十字病院地域医療連携課 宛

TEL 0848-61-3812 ・ FAX 0848-64-8421 (地域医療連携課直通)



紹介患者事前受付用FAX用紙

ご紹介元医療機関

申込日 年 月 日

医療機関名	
所在地	診療科
TEL	担当医師名
FAX	担当者

患者基本情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	旧姓()	男 女	大正・昭和 年 月 日()才 平成・令和
住所	〒		
自宅電話番号	携帯電話番号		

診療依頼(診療情報提供書もFAXにて送付願います)

診療科	希望受診日	第1希望	月	日
医師名		第2希望	月	日
		その他		
主病名・症状				
患者の状況 <input type="checkbox"/> 現在外来で返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中				

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	割								

公費負担医療受給者証/票

公費負担者番号									
受給者番号									
有効期間	~								
公費負担者番号									
受給者番号									
有効期間	~								

地域医療連携課

受付時間 (平日)月曜日~金曜日 8:40~16:50
(第1・第3)土曜日 8:40~12:30

※患者様の保険情報は、保険証又はカルテコピーでもよろしいです。
 ※緊急時・当日入院必要時等の場合は、前もって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、地域医療連携課までご連絡願います。