

FAX予約診療受付票
FAX番号0120-683-681

平成 年 月 日

紹介状・診療情報提供書

【紹介先】

健康保険鳴門病院
地域医療連携室 行

【紹介元】

医療機関名

所在地

TEL・FAX

医師名

(医師の指定がある場合はご記載願います。)

受診希望科 _____ 科

医師名 _____

受診希望日 平成 年 月 日 時頃 (原則として午前中の診察となります。)

公費負担者番号										保険者番号									
公費負担医療の 受給者番号										記号・番号									
公費負担者番号										有効期限	平成	年	月	日					
公費負担医療の 受給者番号										被保険者氏名									
フリガナ										資格取得	平成	年	月	日					
患者氏名	様	フリガナ	性別	男・女	生年月日	被保険者との続柄()													
					明・大・昭・平	年 月 日	(歳)												
住所										TEL									
紹介目的(精査・加療・入院・転院・手術)																			
傷病名・病状経過及び治療経過																			
受診時の要望事項 例 <input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー																			
<input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他																			

☆ FAXは、受診前日(土・日・祝日を除く)平日(午前8:30~午後5時)までに送信して下さい。

☆ 保険証の記号・番号は、保険証のコピーでも結構です。

☆ 救急患者や時間外の紹介に関しましては、直接、診療科にお電話下さい。