

## 患者紹介(転院患者紹介) FAX申込書

FAX 0194-22-4232

転院希望日	平成 年 月 日 ( )										
希望受診科 (○で囲んで ください)	01 内科					02 外科					
当院履歴	・ 無 ・ 有 ・ 不明										
患者情報	ふりがな									性別	
	患者氏名	(姓)				(名)				男 · 女	
	生年月日	M · T · S · H				年 月 日 ( 歳 )					
	住所	〒 -				電話 - - -					
保険情報	保険者番号									本人 · 家族	
	記号 · 番号										
	被保険者名									続柄	
	負担割合	1割 · 2割 · 3割				区分			一般 · 上位所得者 低所得 I · 低所得 II		
	資格取得	平成 年 月 日			有効期限		平成 年 月 日				
	公費負担番号										
	公費受給者番号										
	その他	労災 · 生保 · 交通事故 · その他の公費( )									
※ 保険証のコピー又は貴院カルテ表紙のコピーでもかまいません。											
備考											
紹介元医療機関情報	名称										
	所在地										
	医師氏名										
	電話番号		FAX								

※ 診療情報提供書の添付をお願いいたします。