

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。