

## 紹介患者事前受付用(FAX)用紙

FAX 075-212-6358(直通)

受診希望日 ① 年 月 日 ( ) / 希望日なし  
 ② 年 月 日 ( )

主訴又は病名

※診療予約日の2日前(土日祝除く)までに必ず紹介状(控え)をFAXにてお願い致します。

・希望医師名 ( ) ・無

受診希望科に○印をつけて下さい																							
血液内科	腎臓内科	膠原病内科	糖尿病内分泌内科	こころの医療科	脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	小児科	外科	乳腺外科	呼吸器外科	心臓血管外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	放射線科		歯科口腔外科
																					耳鼻咽喉科	気管食道外科	

・紹介元医療機関情報

紹介元医療機関名	医師名
所在地	FAX送信者名
TEL	FAX

・患者情報 当院受診歴 無 ・ 有 登録番号    -    -

※患者さんは 入院中 ・ 外来通院中

ふりがな		旧姓	性別	生年月日		
患者氏名				大 昭	平 令	年 月 日
患者住所	〒 -		自宅TEL - -			
			携帯TEL(続柄 ) - -			

保険情報

【被保険者証】

【公費負担医療受給者証】

保険者番号			
記号		番号	
被保険者氏名			続柄
負担割合	1割・2割・3割・10割・生保・労災		
資格取得年月日	年	月	日
有効期限	年	月	日

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	~

・緊急時・当日受診の依頼等の場合は、直接ご連絡いただきますようお願い致します。  
 ・セカンドオピニオンをご希望の場合は、患者様から直接地域医療連携係へご連絡下さい。  
 ※放射線検査の予約は放射線受付へ直接ご連絡下さい。

1.CT・マンモグラフィ検査(放射線科第一受付) 075-212-6150 2.MRI・骨密度検査(放射線科第二受付) 075-212-7509  
 3.アイソトープ検査(アイソトープ検査室) 075-212-9611 4.リニアック(地域医療連携係にてFAX予約) 075-212-6358