

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	耳鼻咽喉科 気管食道外科	放射線科 検査予約 ※	治療	歯科口腔外科

・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】

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

【公費負担医療受給者証】

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