

紹介患者事前受付 (FAX) 用紙

京都第二赤十字病院
地域医療連携室行

FAX 075-212-6358
TEL 075-212-6186

平成 年 月 日

受診希望日 年 月 日 ()

科 先生 主訴又は病名

※当院受診歴 無 ・ 有

□	□	□	-	□	□	□	-	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---

(フリガナ)

患者氏名 様 男・女 ^{M・T}_{S・H} 年 月 日生

〒 □□□□ - □□□□

患者住所 TEL

※紹介元医療機関の住所地・名称 (TEL・FAX、担当医師名は必ずご記入下さい。)

紹介元医療機関名	医師名
所在地	
TEL	FAX

－ 患者さん保険情報 －

【被保険者証】

保険者番号	□□□□□□□□□□		
記号	□	番号	□□□□□□□□
資格取得月日	年	月	日
有効期限	年	月	日
被保険者氏名	□□□□	続柄	□□□□
一部負担金の割合	□□□□ 割		

【公費負担医療受給者証】

負担者番号	□□□□□□□□□□
受給者番号	□□□□□□□□□□
有効期間	～

患者さんは
(入院中 ・ 外来通院中)

- ・ 受診診療科確認のため簡単に症状のご記入をお願いします。
(紹介状を事前に FAX して頂けるようでしたら、お願い致します。)

備考

※緊急時・即日入院必要時等の場合は、前もって担当医へご連絡いただきますようお願い致します。