

患者さまのプライバシー保護にご配慮ください。

紹介患者事前受付用FAX用紙

平成 年 月 日

尾道市立市民病院

科

先生

〒722-8503 広島県尾道市新高山三丁目1170-177
予約専用 TEL(0848)55-4230(地域医療連携室)

予約専用FAX(0848)47-1171

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名 :

TEL

フリガナ	生 年 月 日		
患者氏名	(男 ・ 女)	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平)	年 月 日 (歳)
住所 〒	電話番号() -		

主訴及び傷病名
紹介目的
担当医師への事前連絡 未 済

受診希望日	第一希望 年 月 日 ()	当院受診歴 有 無
	第二希望 年 月 日 ()	
	いつでもよい	

*** 予約日が決定次第、貴施設にご連絡いたします。

■被保険者証

■公費負担医療受給者証

保険者番号		①	②
記号・番号		負担者番号	
有効期間	~	受給者番号	
被保険者氏名		有効期間	
被保険者との続柄			
負担割合	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3割		

* 保険証または保険登録のコピーをFAXしていただいても結構です。

◆ 地域医療連携室受付時間: 平日の午前8時30分~午後4時00分

◆ 休診日 : 土曜日・日曜日・祝日・年末年始(12/29-1/3)

* 時間外、休診日に予約のファクシミリをいただいた場合、お返事は後日になります。
(救急診療につきましては、救急外来で対応いたしますのでこの限りではございません。)