

紹介患者事前受付用FAX用紙

年 月 日

尾道市立市民病院 地域医療連携室行

FAX：(0848) 47-1171

TEL：(0848) 47-1170 (地域医療連携室直通)

診療科

医師名

医師

紹介元医療機関の所在地・名称

医師名

T E L

F A X

★太枠内は必ずご記入ください

患者様情報	フリガナ		性別	生年月日 (大・昭・平・令)	
	患者氏名	旧姓 ()	男・女	年 月 日 (歳)	
	住所	〒			
	電話番号	自宅() -	携帯	- -	
受診希望	第一希望	年 月 日 ()	医師への事前連絡	未 ・ 済 医師	
	第二希望	年 月 日 ()			
	いつでも良い ・ その他		当院受診歴	無・有 (ID)	
	患者様の状況 ☐ 現在外来で返事を待っている(★連絡要) ☐ 帰宅済み ☐ 入院中				

抗凝固薬 内服	☐ 無 ☐ 有 ()
糖尿病薬 内服	☐ 無 ☐ 有 ()
体内金属	☐ 無 ☐ 有 M R I 撮影 ☐ 可 ☐ 否
心臓ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有 画像添付 (CD-R) ☐ 無 ☐ 有

紹介目的 (主訴及び傷病名) ※診療情報提供書がある場合は記入不要です

《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、休診日に予約依頼のFAXをいただいた場合、お返事は後日になります。

(緊急で当日の受診が必要な場合は、病院代表0848-47-1155から各診療科の医師へ直接ご相談ください)

※診療科により当日ご予約が決定しない場合がありますのでその際はご連絡させていただきます。

【被保険者証】	
保険者番号	
記号・番号	
有効期間	
被保険者氏名	
被保険者との続柄	
負担割合	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 割

【公費負担医療受給者証】		
	①	②
負担者番号		
受給者番号		
有効期限		

* 資格確認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。

2026.9