

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) 55-4230 (予約専用)

紹介元医療機関の所在地・名称
医師名
TEL
FAX

診療科 _____ 科

医師名 _____ 先生

患者様情報	フリガナ	性別	生年月日 (明・大・昭・平・令)
	患者氏名	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

患者様の状況 現在外来で返事を待っている 帰宅済み 入院中

※診療科によりお返事が当日できない場合があります。お急ぎの時は電話連絡をお願いします。

抗凝固薬 内服	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
糖尿病薬 内服	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
画像添付(CD-R)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

紹介目的 (主訴及び傷病名)

《予約日が決定次第、貴施設にFAXでご連絡いたします》

【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		

* 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。)