

患者さん紹介用 FAX

丸山記念総合病院 地域医療連携室 行 (FAX 048-757-9733)

令和 年 月 日

1. 当院紹介科・医師

担当科	科
指名 医師名	医師
(当院にらせていただく場合は不要)	

2. 紹介医療機関(ゴム印等でも結構です)

医療機関名	
住所	
電話	
FAX	
医師氏名	

3. 受診希望日

令和	年	月	日	時	分
----	---	---	---	---	---

(曜日又は診療科によってはお待ちいただく場合があります)

4. 患者さん情報

住所			
〒			
氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
性別		電話	— —

5. 保険証情報をご記入いただくか、保険証をFAXしてください。

(FAX送信による情報開示に同意されない場合は省略していただいて結構です)

保険者番号									
記号		番号							
世帯主									
続柄	本人・家族								
一部負担割合	割								
資格取得日	平	年	月	日					
有効期限	令	年	月	日					

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									
一部負担割合	割								
開始日	平	年	月	日					
有効期限	令	年	月	日					

6. 当院の受診歴

有・無 (有の場合、来院当日に診察カード(全科共通)をご持参ください)

当院登録番号 □□□□ — □□□□□□ — □□

- 患者さんは受診日に「診療情報提供書」「保険証」をご持参の上、医事課総合受付へお越しください。
- 「患者さん紹介用FAX」は診察希望日の前日の16:00までにご送信ください。
- 休診日：毎週水曜日・毎月第1日曜日・祝日 (診療スケジュール、ホームページ、お電話にてご確認ください)
- 窓口受付時間 8:30~12:30 (眼科は11:00で受付終了・整形外科および歯科・歯科口腔外科は12:00で受付終了致します)
- 医師の都合(学会出席、手術等)で診察日が変更になることがあります。