

患者紹介事前カルテ作成状

【FAX用】

紹介先医療機関名 総合病院 衣笠病院

紹介先医療機関連絡先 ●FAX:046-852-2695 ●TEL:046-852-2693

受診希望 月 日 科

公費負担者番号①									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

公費負担医療の 受給者番号									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

公費負担者番号②									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

公費負担医療の 受給者番号									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

労災・自賠責・その他 ()

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号									
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者との続柄	本人・家族
----------	-------

保険有効期限 年 月 日

本人負担割合 割

フリガナ
患者氏名 様 男・女

M・T・S・H 年 月 日 () 歳

住 所

TEL —

その他連絡先 — — ()

貴院への受診歴(有・無・不詳)

紹介元医療機関

の名称・所在地

医 師 名 科

FAX —

TEL —

年 月 日

※当院より患者さんへのご案内連絡はおこなっておりませんのでご了承ください。