

# 患者紹介予約申込書 (FAX用)

山陽小野田市民病院

地域医療連携室 行

FAX 0836-83-8666(直通)

TEL 0836-83-8699(直通)

令和 年 月 日

紹介元医療機関

医師氏名 \_\_\_\_\_

TEL( ) - \_\_\_\_\_

FAX( ) - \_\_\_\_\_

フリガナ			
紹介患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	歳 男・女
住所	〒 -		
電話番号	( ) -	当院受診歴	有・無

希望紹介科名 (○で囲んでください)	受診希望医師
内科・小児科・外科・脳神経外科・整形外科・精神科 皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・産婦人科 泌尿器科・麻酔科・脳神経内科・歯科口腔外科	受診希望日 月 日 時頃

紹介目的 (診療情報提供書を添付される場合は、ご記入不要です)

紹介医師への電話連絡 (済・未) 紹介状の送付 (持参・郵送) 緊急性 (有・無)  
来院方法 (自家用車・搬送車・救急車・その他) (○で囲んでください)

\* 保険情報 (保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。)

被保険者証		後期高齢者医療受給者証		公費負担医療受給者票	
被保険者番号		市町村番号		負担者番号	
記号・番号		受給者番号		受給者番号	
有効期間		有効期間		有効期間	
区分	1. 本人 2. 家族	負担割合	1割 3割		