

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(○を入力してください)													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	
本人・家族		負担割合			