

平成 年 月 日

医療連携 FAX予約送信票

医療機関名・施設名 製鉄記念広畑病院 診療科 医師 先生	医療機関 所在地 電話番号 FAX 診療科 医師 印
--	--

ふりがな		生年月日	来院方法
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車
住所	〒 ①自宅電話番号 ②連絡先[携帯・その他()]		
受診希望日	第一希望 平成 年 月 日 (午前・午後) 時 分 第二希望 平成 年 月 日 (午前・午後) 時 分		
保険情報	保険者番号	公費	負担者番号
	記号	受給者番号	記号
	番号	福	番号
	資格取得	昭・平 年 月 日	番号
その他	該当する場合に○を付けて下さい 追加情報等がありましたらご記入ください		
自費			
事故			
労災			
生保			

上記の患者さんについて別添「診療情報提供書」のとおりご紹介いたしますので、ご高診、ご加療を宜しくお願い申し上げます。

【用紙の使用方法】

1. このFAX予約送信票は、入院、診察、検査を予約依頼していただく時に、診療情報提供書とともに依頼病院にFAX送信して下さい。
2. 診療情報提供書は、1部を紹介元医療機関の控えとして保管していただき、1部を依頼病院へ患者さんが来院される時にご持参いただくようお願いいたします。