

FAX 024-526-0935

患者紹介用FAX連絡票



一般財団法人 大原記念財団

大原総合病院

作成日: 令和 年 月 日

〒960-8611  
福島県福島市上町6番1号  
TEL 024-526-0300(代表)  
024-526-0371(総合患者支援センター)  
FAX 024-526-0935(総合患者支援センター)

【紹介元医療機関】

所在地  
TEL  
FAX  
医療機関名  
  
医師名

紹介科

担当医 先生 宛

ふりがな	生年月日
患者氏名 (男・女)	大平・昭令 年 月 日 ( 歳)
住所	
TEL	(携帯電話)
傷病名及び 紹介目的	

【健康保険証情報】 (  下記のとおり ・  別紙のとおり )

保険証番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
本人・扶養の区別	本人 ・ 扶養	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
子ども医療受給者番号			

※ 受診日	<input type="checkbox"/> 予約済 <input type="checkbox"/> 希望有 <input type="checkbox"/> 希望無	令和 年 月 日 ( ) :
	<input type="checkbox"/> 未定	後日、本人及びご家族より予約の連絡が入ります (診療情報提供書も添付)

備考欄	
-----	--

◇この連絡票に患者氏名、住所、性別、生年月日、保険証番号等の健康保険証情報をご記入または添付の上、FAXでお送りください。予め診察券とカルテを準備いたします。

◇上記記入の簡略化のため、貴院の電子カルテ等より同様の情報複写(パソコンによる画面コピー等)でも可能です。その際には、空いている欄に上記「※受診日」に該当する内容をご記入ください。

◇受診時ご持参いただくもの

- ①診療情報提供書(紹介状)、②健康保険証(各種受給者証等含む)、③診察券(当院受診歴がある場合)、④おくすり手帳