

紹介患者さま事前受付 FAX用紙

令和 年 月 日

吉島病院 地域医療連携室 行

FAX (082) 243-0855 (直通)

TEL (082) 241-2167 (代表)

【受付時間】 平日:8:30~16:45

第1・3土曜日 8:30~12:00

受付時間を過ぎた場合は翌日の受付になります。

休日の場合は休み明けの受付になります。

紹介元医療機関	
医療機関名	
所在地	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

※事前にカルテの準備をさせていただきますので「事前受付用紙」を診療情報提供書と併せてFAXで送信してください。

●患者さま情報

ふりがな		性別		生年月日
氏名		男・女	T・S H・R	年 月 日 (歳)
住所	〒 -			
連絡先電話番号	① () -	② () -		

●受診予約情報

希望診療科	科	指定医師名	() 医師 <input type="checkbox"/> 指定なし
紹介目的	<p style="color: red;">※緊急の場合や当日入院の場合は、前もって担当医へご連絡いただきますようお願い致します。</p> <input type="checkbox"/> 診察 (担当医連絡 済 ・ 未) <input type="checkbox"/> 入院 (担当医連絡 済 ・ 未) <input type="checkbox"/> 検査 胃内視鏡・大腸内視鏡・CT・MRI・エコー・その他 () 【予約 済 → 予約日時 月 日 (:) ・ 未】 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受診希望日	第1希望	月 日 ()	第2希望 月 日 ()
	曜日のみ希望あり () 曜日		いつでも可
予約日時 連絡先	<input type="checkbox"/> 貴院にて待機中 <input type="checkbox"/> 患者さま連絡先へ <input type="checkbox"/> 電話予約済み (連絡不要)		
来院手段	自家用車 ・ バス ・ タクシー ・ 救急車 ・ その他 ()		
当院受診歴	有り ・ 無し ・ 不明		

●保険情報

(当院での診察が初めての方は下記にご記入いただくか保健証のコピーを送信してください。)

保険者番号		負担者番号	
記号		受給者番号	
番号		負担者番号	
被保険者氏名		受給者番号	
続柄	本人 ・ 家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

※当院記入欄

月 日 ()	:	(病棟入院 ・ 外来)	医師
---------	---	---------------	----