

受診紹介書

FAX送信票

平成 年 月 日

送付先 医療法人有恒会 地域医療・福祉連携センター
FAX(0225)23-0050(直通) TEL(0225)22-6301(直通)

紹介元

医療機関名		医師名	
住所	〒		
TEL		FAX	

紹介目的

入院希望 有 ・ 無

患者様情報

※事前にカルテの準備をさせていただきますので下記にご記入をお願いします。

保険証のコピーを貼付して頂いても結構です。

※FAX受診後約15分を目安に受診予約票を返信いたします。

(受付時間 平日9:00~16:30)

氏名	(フリガナ)	様	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳					
住所	〒									
電話番号	() -	当院受診歴	有 (年 月) ・ 無							
保険証情報	記号・番号									
	被保険者氏名			被保険者との続柄						
	資格取得	平成	年	月	日	有効期限	平成	年	月	日
	保険者番号						保険者名			
	備考									

センター確認欄

--	--