

八戸平和病院 地域医療連携室宛

平成 年 月 日

直通 Fax : 0178-31-1767

Tel : 0178-31-2222

受付時間 : 9:00 ~ 17:00 (平日のみ)

紹介患者FAX予約依頼票(兼貴院控)

医療機関名 :

所在地 :

医師名 : _____ 先生 (_____ 科)

Tel : (_____)

Fax : (_____)

希望診療科	科	希望医師名 (必要時)	医師
希望診察日	月 日 (_____ 曜日)	希望時間	
備考・連絡			

※ お手数ですが外来担当医表で希望医師の担当日を事前確認をお願い致します。

患者情報	(フリガナ) 氏名	(性)	(名)	性別 男・女
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (_____ 才)	
	住所	〒 - -	電話番号 - -	
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> その他(_____)			

保険情報	保険者番号									区分	本人・家族	
	記号									被保険者 氏名		
	番号											
	公費医療	市町村・負担者番号										
		受給者番号										
	高齢医療	市町村・負担者番号										
		受給者番号										
	資格取得日	年 月 日									負担割合	割
備考												

※患者様の保険情報についてご記入頂ければ、来院前にカルテを準備することが出来ますので、ご記入をお願い致します。

※予約手続きが完了しましたら、早急にご連絡致します。

※希望医師、希望診察日につきまして、ご希望に沿えない場合は、こちらから折り返しご連絡致します。