

八戸平和病院 地域医療連携室宛

年 月 日

直通 Fax : 0178-31-1767

代表 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			

※ 診療情報提供書が完成している場合は、この依頼票に添付してFAX送信をお願いします。  
未完成の場合は、「備考」欄に病名のご記入をお願いします。

患者情報	(フリガナ) 氏名	(性)	(名)	性別 男・女
	生年月日	大・昭・平・令	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					

※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。