

紹介患者診療依頼書(FAX用)

平成 年 月 日

国立病院機構 金沢医療センター

地域医療連携室宛 (FAX 076-262-4188)

時間外救急専用 (FAX 076-222-2758)

◎紹介元医療機関

紹介元 医療機関名		担当医師名	
--------------	--	-------	--

◎診察依頼内容

診療科	科	指定医	医師名	<input type="checkbox"/> 指定なし
診察希望日	平成 年 月 日 ()			<input type="checkbox"/> 指定なし

◎患者基本情報

ふりがな				性別	
患者氏名				男	女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)				
住所	〒				
電話番号	TEL (- -)				
世帯主の氏名				続柄	
保 険 情 報	保険者番号			公費 番号	
	記号	番号			
	区分	本人	家族	有効期限	年 月 日
	有効期限			高齢者 受給者 証	割合
最終確認日	平成 年 月				

☆ 患者さまの待ち時間短縮のため、事前にカルテを準備させて頂くための情報です。

☆ 紹介状も一緒にFAXして頂いた場合は、上記の内容で紹介状にも記載されている項目(住所、TELなど)は、記入して頂かなくても結構です。

☆ 患者さまの個人情報、当院における医療サービスの提供や医療保険事務等、必要目的にのみ利用し、個人情報の保護に万全の体制を採っています。

※ 受診の際は、『患者紹介状(診療情報提供書)』と『健康保険証』等を「①初診」窓口までご持参ください。