

紹介患者様専用 F A X
返送先 F A X : 0791-45-1122 赤穂中央病院 地域連携室

科 _____ 先生 _____ 紹介元医療機関名 _____
受診希望日 _____ 月 _____ 日 (_____)
(AM ・ PM)

赤穂中央病院受診歴 (無・有) 有の場合 I D 番号

I D 番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 —

--

 紹介元
医師名 _____

フリガナ		性 別	生年月日										
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)										
住所	〒 _____ TEL (_____) _____												
主訴または病名													
保険者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											有効期間	本・家
記号		番 号											
公費負担者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											有効期間	
公費受給者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											～	

1. 太枠内の項目はすべてご記入ください。保険情報につきましても分かる範囲でご記入ください。
2. 受付日時: 月～金9:00～18:00、土9:00～13:00
3. FAX返送の際に送付票等は不要です。本状のみ送付ください。原則15分以内に予約票を返送いたします。
※呼吸器外科・血液内科の場合
診療情報提供書の別添が必要となります。医師へ確認後の予約となり、時間を要しますのでご了承ください。
4. 本様式は当院のホームページ(地域連携室)からもダウンロードできます。

問い合わせ
赤穂中央病院
地域連携室 0791-45-7296(直通)