

紹介患者情報 事前連絡書

(医療機関名)
(所在地)
(電話)
(FAX)



興生総合病院 地域連携室

(電話) 0848-63-5500 (内線 7514)
(直通Fax) 0848-63-5507

() 貴院の担当医氏名・連絡先をご記入ください

(受診希望診療科) _____ 科 (希望医師) _____ 医師
(受診希望日) 第1希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()
第2希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

緊急時や当日来院される場合は、前もって担当医師へご連絡ください

1 . 患者様の個人情報

ふりがな		生年月日	(明治・大正・昭和・平成)	男・女
患者氏名			年 月 日(歳)	
住所	〒	電話	() -	

2 . 患者様の保険情報

(被保険者証)

保険者番号									
記号・番号									
有効期限									
被保険者氏名									
被保険者との続柄									
患者負担割合									割

(公費負担医療受給者証 / 票)

公費負担者番号									
受給者番号									
有効期限									

3 . 紹介目的