

# 紹介患者事前連絡票

令和 年 月 日

九州鉄道記念病院 医療連携室宛

TEL 093-381-5665 (連携室直通)

FAX 093-382-5676 (連携室専用)

(\*事前連絡票と共に診療情報提供書、CT・MR・RI各検査申込書をFAXお願いいたします。)

## ■ 紹介元医療機関

|       |         |     |  |                      |
|-------|---------|-----|--|----------------------|
| 医療機関名 |         | 医師名 |  | ●所在地<br>●TEL<br>●FAX |
| 受診希望日 | 月 日 ( ) | 受診科 |  | 受診希望医師               |

\*所在地等については初めての紹介・変更の場合ご記入お願いいたします。

## ■ 患者情報

|                |       |      |            |
|----------------|-------|------|------------|
| フリガナ           |       |      | M・T・S・H・R  |
| 氏名             | 男・女   | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) |
| 住所             |       |      |            |
| TEL            | (自宅)  | (携帯) |            |
| 保険者番号          |       | 負担割合 | 1割 3割      |
| 被保険者証<br>記号・番号 | 本人・家族 | 資格取得 | 年 月 日      |
|                |       | 有効期限 | 年 月 日      |
| その他の公費負担医療証①   |       | 資格取得 | 年 月 日      |
|                |       | 有効期限 | 年 月 日      |
| その他の公費負担医療証②   |       | 資格取得 | 年 月 日      |
|                |       | 有効期限 | 年 月 日      |
| 連絡事項           |       |      |            |

○来院の際は

- ・診療情報提供書
- ・健康保険証
- ・公費医療証 (対象の方のみ)
- ・当院の診察券 (お持ちの方のみ)
- ・CT・MR・RI各検査申込書 (対象の方のみ)  
(造影検査の場合は同意書も必要です。)

を忘れずにご持参下さい。

■以上、よろしくお願い申し上げます。