

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 093-381-5661 (代表)

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検査申込書のFAXをお願いします。

■ 紹介元医療機関 *所在地等については初めての紹介または変更の場合にご記入お願いいたします。

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

■ 患者情報

フリガナ				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 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
保険者番号				
記号・番号			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
保険者番号				
記号・番号			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。)

を忘れずにご持参ください。

■ 以上、よろしくお願い申し上げます。