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）
＊この連絡票と共に「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診療情報提供書に記載があれば記載不要です

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		生年月日	Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ	
氏名	男・女		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				

〇来院の際は

・診療情報提供書　　・健康保険証（マイナンバーカード）　　・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。