済生会川内病院 紹介患者事前FAX診療申込書　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 済生会川内病院ID |  |
| 済生会川内病院受診歴 | □ あり　□ なし　□ 不明 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 |  | | | | | | | |
| 被保険者 | □ 本人　　　　　　□ 家族 | | | | | | | |
| 負担割合 | □ １割　□ ２割　□ ３割 | | | | | | | |
| 資格取得日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 有効期間 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

紹介先医療機関名 　　　紹介元医療機関名（貴院）の名称・所在地・TEL・FAX

社会福祉法人 済生会川内病院

医療機関名

医　師　名

住　　　　所

TEL・FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

□受診希望日　：　　第1希望　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　第2希望　　　　年　　　　月　　　　日

□予　約　日　　：　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　　　　：

　※　□ 医師に連絡済　□ 予約担当者に連絡済　□ 未連絡

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 旧姓 | 男　・　女 | 携帯電話番号 |
| お名前 |  |
| 生年月日　明・大・昭・平・令　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日（　　　　　　）才 | | | 電話番号 |
| 住所　〒　　　　　－ | | |

|  |
| --- |
| 紹介状専用FAXをご利用ください。  フリーダイヤル　０１２０－－  （上記で送れないときは、0996-22-8977　又は　0996-23-9797　までお送りください。） |

緊急での診察ご依頼につきましては、電話で連絡後FAXをお送りください。

【紹介に関するお問い合わせ】

済生会川内病院　医療連携室：TEL0996-22-8979　又は　代表：TEL0996-23-5221

（月～金曜日　8時30分～17時まで）　左記時間帯以外は、代表：TEL0996-23-5221

2019年（令和元年）5月改訂