松江生協病院　地域連携室　行

FAX；0852-60-9078
受付時間；平　日；8時30分～17時

紹介患者事前受付用ＦＡＸ用紙

年　月　日

松江生協病院

地域連携室行き
電 話　0852-60-9077
FAX　0852-60-9078

紹介元医療機関名

電話番号
FAX番号

ふりがな　　性　別　　生年月日

患者氏名　　男・女　　M·T·S·H　　年　月　日生

患者住所　　電話

希望診療科　　科　　医師

第１希望　　第２希望　　第３希望
月　日　時頃　　月　日　時頃　　月　日　時頃

依頼内容

保険情報(貴院のカルテ１号用紙をＦＡＸ頂いても結構です)

被保険者証
保険者番号
記号・番号
資格取得日年月日　年　月　日
世帯主
保険者名

老人(高齢)受給者証
公費負担者番号
受給者番号
有効期間
負担割合　１割　２割　３割

公費負担医療受給者証
公費負担者番号
受給者番号
有効期間　・　・　～　・　・

公費負担医療受給者証
公費負担者番号
受給者番号
有効期間　・　・　～　・　・

折り返し、『紹介患者様予約受付票』をFAXいたしますので
患者様にお渡し頂きますよう願いいたします。

診療情報提供書

年　　月　　日

松江生協病院

医療機関名・医師名

診療科　　科

担当医　　先生

前略　下記の患者様についてご紹介いたします。

フリガナ **患者氏名**		**生年月日**	明・大・昭・平　年　月　日 （　歳）	**性別**	男・女
住　所	TEL（　）　－				
紹介目的	□精査・診断　□治療　□入院 □画像診断のみ（□CT　□MRI　□RI）　□その他				
傷病名					
症状　.　検査所見　.　治療経過					
現在の処方					

持参資料：無・有　（X線・CT・MRI・内視鏡・心電図・検査記録）

① 松江生協病院行

松江生協病院　地域連携室
TEL　0852－60－9077　FAX　0852－60－9078