

# 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

月 日 時ごろ

第2希望

月 日 時ごろ

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

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お願いいたします。

