

医療連携FAX予約送信票

令和 年 月 日

三栄会広畑病院

医療機関

診療科

所在地

医師 先生

電話番号 FAX

診療科 医師 印

ふりがな		性別	生年月日	来院方法	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車	
住所	〒 ①自宅電話番号： ②連絡先〔携帯・その他（ ）〕				
保険情報	保険者番号		公費	負担者番号	
	記号	(本人・家族)		受給者番号	
	番号		福	記号	
	資格取得	昭・平・令 年 月 日		番号	
受診希望日	第一希望 年 月 日 第二希望 年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日なし 都合の悪い日()	患者状況	<input type="checkbox"/> 外来にて待機中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 帰宅後、連絡待ち <input type="checkbox"/> その他()		
その他	該当する場合に✓を付けて下さい		追加情報がありましたらご記入下さい		
	<input type="checkbox"/> 自費				
	<input type="checkbox"/> 事故				
	<input type="checkbox"/> 労災				
	<input type="checkbox"/> 生保				

上記の患者さまについて別添「診療情報提供書」のとおりご紹介いたしますので、ご高診、ご加療を宜しくお願い申し上げます。

【用紙の使用方法】

1. このFAX予約送信票は、診察、検査を予約依頼していただくときに、診療情報提供書とともに依頼病院にFAX送信して下さい。

2. 診療情報提供書は、1部を紹介元医療機関の控えとして保管いただき、1部を依頼病院へ患者様が来院される時にご持参いただくようお願いいたします。