

FAXしてください

精神科専用FAX: (0896)59-5550

FAX予約申込書

令和 年 月 日

(紹介先) 公立学校共済組合四国中央病院

精神科(認知症疾患医療センター)

新野 秀人 医師

TEL (0896)58-5610

FAX (0896)59-5550

(紹介元)

住 所

医療機関名

医師氏名

印

TEL () -

FAX () -

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			年 月 日 (歳)
住 所	〒 -	TEL	- -
		携帯	- -
希望日時	第一希望 年 月 日() 午前 時 分頃		
	第二希望 年 月 日() 午前 時 分頃		
紹介目的	1. 受診依頼(※外来診療のみとなります) 2. その他()		
主 症 状	隔離が必要とされる感染症の疑いの有無 (有 ・ 無 ・ 不明)		
連絡事項等			

※ 診療情報提供書のFAXもあわせてお願いいたします。

■ カルテ作成のため下記の記載をお願いいたします。(保険証の写し、又は貴院カルテの写し添付も可)

医療保険

保険者番号		資格取得	年 月 日
記号・番号	.	枝番 ()	被保険者氏名 続柄
事業所名称		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

公費負担医療受給者票

①	負担番号	受給者番号	有効期限	.	.
②	負担番号	受給者番号	有効期限	.	.

■ 折り返し、紹介患者予約通知書をFAXいたしますので、患者さんにお渡してください。

※ 平日8:30~16:30までの受信分については、当日中にご回答させていただきます。