

【紹介患者様用FAX用紙】

社会保険田川病院 地域医療連携室 行

年 月 日

公費負担者番号									
公費負担受給者番号									

保険者番号							
記号・番号							
被保険者との続柄	本人・家族						

公費負担者番号									
公費負担受給者番号									

受診予定日	年 月 日()
受 診 科	診療科()科・担当医()
フリガナ	
患者さまのお名前	
性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日() 歳
現 住 所	市・郡
電 話 番 号	
受 診 歴	有 ・ 無
通 信 欄	

お願い

カルテを事前に準備いたしますので、お手数ですがご記入ください。

受診当日は、保険証と紹介状(診療情報提供書)を持参されますよう、患者様にご説明ください。

*診療受付時間 8:30~11:00(急患のご紹介はお電話ください)

*歯科口腔外科の診療受付時間 平日(午前)8:30~11:00(午後)13:30~15:00

※ただし、午後の受付は紹介患者さんのみ。

また、木曜日の午後については手術のため休診とさせていただきます。

*精神科・メンタルヘルス科の診療は、完全予約制となっております。

*脳神経外科の診療は、月曜日~金曜日となっております。

ご紹介元医療機関

所 在 地:

名 称:

電話番号:

医師氏名:

社会保険田川病院 地域医療連携室
TEL:0947-44-0474 FAX:0120-668-333