

労働者健康福祉機構

山陰労災病院 地域医療連携室 宛

専用 FAX (0859-35-4348)

紹介患者様予約申込書

日頃から、当院の診療活動につきましては、ご協力いただきお礼申し上げます。
紹介患者様の受診に際しましては、予め診療録(カルテ)を準備いたしますので、
下記にご記入の上、前日までにFAXしていただきますようお願い申し上げます。
できるだけ速やかにFAXまたは電話にてご返事申し上げます。

依頼日 平成 年 月 日

受診診療科	科		
	医師名		
受診希望日	平成	年	月 日()
患者情報	フリガナ		
	氏名	男・女	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日(才)
	住所		
	電話番号	() -	
健康保険証	*コピーをFAXしていただくか、下記にご記入ください。		
	保険者番号	本人/家族	本人・家族
	記号	公費番号	
	番号	受給者番号	
紹介医	医療機関名		
	医師名		
	電話番号	() -	
	FAX番号	() -	