

JA とりで総合医療センター医療連携室 行

フリーダイヤル FAX : 0120 - 720 - 078
TEL : 0297 - 74 - 5551 (内線 1396)

患者情報送り状

希望科 _____ 科

希望担当医 _____ 医師

紹介元医療機関名

TEL

FAX

※ 当院受診歴 (有・無)

※ 診療をスムーズに行うために、紹介状をまえて FAX していただければ幸いです。

受診希望日 年 月 日 ()

救急車等で来院の際はご記入下さい (貴院救急車 ・ 救急車 ・ 搬送車)

フリカ`ナ 患者氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住 所	TEL	

《保険証情報》

保険者番号									
記号・番号									
続 柄									

《後期高齢者医療被保険者証情報》

市町村番号									
受給者番号									
負担割合									

《公費情報》

記 号									
番 号									

※FAX 受付時間 : 平日 8:30~17:00
土曜日 (第 1・3 週) 8:30~12:00

時間外、休診日の FAX 送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、
休み明けになります。(休診日 ; 第 2、4、5 土曜日、日曜日、祝祭日)