

患者紹介事前カルテ作成状 【FAX 用】

横須賀市立総合医療センター地域医療連携室直通 FAX 046-845-5081

受診科 _____ 科 受診希望日 _____ 月 _____ 日 ()

ご希望の医師 無 ・ 有 医師名 _____

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									
労災・自賠責・その他 () 負担割合 (割)									

保険者番号									
被保険者証・被保険 者手帳記号・番号									
被保険者との続柄	本人		・		家族				

フリガナ		男 女	生年月日	
患者氏名			【 T ・ S ・ H ・ R 】 年 月 日 (歳)	
住所	〒 _____		電話番号/ 携帯電話番号	
			当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不詳

紹介元施設名	医師名		
	電話番号		
紹介元施設住所 〒 _____	FAX 番号		

- ※FAX 受信後の指示を選択してください。
- 患者さんが当院でお待ちですので連絡ください。
 - 患者さんに直接連絡してください。
 - 予約済みです。

年 _____ 月 _____ 日
横須賀市立総合医療センター 地域医療連携室