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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 　 | 被保険者証・被保険者手帳記号・番号 | 　　 |
| 労災・自賠責・その他（　　　）負担割合（　　　割） | 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

更新日2025/5/14　Ver.2.0