

紹介予約依頼書 (FAX用)

平成 年 月 日

加賀市医療センター 地域連携センター 宛 FAX 0761-76-5161

紹介元	医療機関名				
	電話番号				
	FAX				
	科	依頼医師名			
診療依頼内容	診療科	<input type="checkbox"/> 指定	科	<input type="checkbox"/> 指定なし	
	担当医師	<input type="checkbox"/> 指定	医師	<input type="checkbox"/> 指定なし	
	診療日	<input type="checkbox"/> 希望	月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 指定なし	
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> その他

患者基本情報

※ 待ち時間短縮のため、事前にカルテの準備をさせて頂くための情報です  
 患者さまの基本情報・保険情報の提供をお願いいたします  
 (健康保険証のコピーでも結構です)  
 情報の取り扱いには十分留意いたします

ふりがな					性別
患者氏名					男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 ( )	歳
ご住所	(〒 - )				
電話番号	( - - )				
被保険者氏名					続柄
保険番号	保険者番号				公費番号 有効期限
	記号				
	番号				
	負担割	1割	3割 ( ) 割	公費番号 有効期限	
	資格取得	S・H	.		
	有効期限	H	.		