

紹介予約依頼書 (FAX用)

令和 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"/> 検査依頼	<input type="checkbox"/> 入院	<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
 患者さんの基本情報・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)

ふりがな					性別
患者氏名					男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	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				H・R . .
	負担割	1割 3割 ()割			
	資格取得	S・H・R . .			公費番号 有効期限
	有効期限	H・R			