

# 紹介患者様用FAX



特定医療法人健寿会

黒木病院

申込日 平成 年 月 日

〒882-0041 宮崎県延岡市北小路14-1

地域医療連携室(直通)

TEL 0982-23-1013

FAX 0982-23-1014

ご紹介元医療機関

所在地

名称

医師名

TEL

FAX

フリガナ				男	生 年 月 日	平	昭	大	明	
お名前				女		年	月	日	(	歳)
ご住所	〒 -									
お電話	( ) -									
傷病名										
紹介目的										
依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 即日入院 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査									
	受診希望日			平成	年	月	日			
検査予約			平成	年	月	日	時	分		
診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災( 業務・ 通勤)									
記号番号	記号	番号	資格取得日			年	月	日		
			有効期限			年	月	日		
保険者番号				続柄	本人・ 家族					
被保険者名										
企業名	名称	TEL	高齢者受給者証		該当者	1割・ 2割				
①公費負担者番号				有効期限	年 月 日					
公費受給者番号	負担割合 ( 割)				年 月 日					
②公費負担者番号				有効期限	年 月 日					
公費受給者番号	負担金 ( 円)				年 月 日					

※ 老人医療受給者証は①公費のところに記入して下さい。