

患者紹介状 [ファクシミリ用]

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | |

| | | | | | |
|-------------|-----------------|--|--|--|--|
| 保険者番号 | | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | . | | | | |
| 継続の(有・無) | 被保険者との続柄(本人・家族) | | | | |

紹介先医療機関名 令和 年 月 日

病院・医院 紹介元医療機関
科 先生 の名称・所在地
医師名 印

受診予定日 月 日 時頃

TEL. (-)

フリガナ

FAX. (-)

患者氏名 様 男・女 T・S・H・R 年 月 日 (歳)

患者住所 TEL. - -

貴院への受診歴(有・無・不詳) 患者職業

※紹介状は、本人が持参いたします。

上記の方についてよろしくお願いします。

- この用紙は患者さんの保険情報を事前に紹介先医療機関にファクシミリで送信するためのものです
- 病診連携推進事業参加病院のファクシミリ番号は別紙をご参照ください。
- 患者さんの病名・検査所見などは次の用紙にご記入ください。
- 救急患者及び当日の受診依頼の場合には、受け入れ態勢の都合上、この用紙を使わず、直接電話により紹介先医療機関の担当医に患者さんの症状を伝えた上で受診させるようにしてください。
- なお、最上部保険者番号等欄は、必ずしも記入する必要はありません。

