

紹介患者事前FAX診療申込書

年 月 日

公費負担者 番号							
公費負担医療 の受給者番号							1割 2割

負担割合	
1割	3割

保険者番号							
記号・番号							本人 家族

紹介先医療機関名
社会福祉法人 恩賜財団 **済生会川内病院**
科
先生

紹介元医療機関（貴院）の名称、所在地

担当先生
電話

受診希望日・予約日 年 月 日 :
医師に連絡済み 予約担当者に連絡済み 未連絡

フリガナ	男・女	携帯番号
お名前		
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 () 歳		市外局番 ()
住所 〒 -		電話 番号 -

患者様来院前にこの用紙を送信いただきますと、受付にて事前カルテの準備ができ、お待たせすることなく、診療科へご案内できます。

紹介状専用FAXをご利用下さい。

フリーダイヤル **0120-872-322**
は な に み ず

※ 但し、時間外の救急外来受診時は
FAX 0996-23-9797 (代表) へお願いします。

緊急での診察ご依頼につきましては、電話にて連絡後FAXをお願いします。

【紹介に関するお問い合わせ】

医療連携室 TEL0996-22-8979 又は 代表 TEL0996-23-5221
 (月～金曜日 8:30～17:00 土曜日 8:30～12:30)

※上記以外の時間帯 代表 TEL0996-23-5221