

事前カルテ作成書(FAX専用)

平成 年 月 日

宛先	宇佐高田医師会病院 医療連携室 行 TEL/FAX 0120-413-818		
発信者	担当者		
	TEL/FAX	/	

ご紹介患者様の情報

フリガナ		住所	
患者氏名	男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	電話(— —)

※連絡が付きやすい番号をお願い致します。携帯番号でも構いません。

保険区分	社保(本人・家族) 国保(本人・家族) 高齢者受給者証 後期高齢者 その他()		
保険者番号		記号・番号	
公費番号		受給者番号	老人負担割合 1割・3割

受診(予定)日	平成 年 月 日 ()
紹介先診療科	内科 (循環器 ・ 消化器 ・ 呼吸器 ・ 血液 ・ 腎臓)
	外科 (消化器 ・ 乳腺 ・ 下肢静脈瘤 ・ その他)
	放射線科 (CT ・ MRI)
担当希望医師	先生 (未記入でも可)
医師への連絡	済 ・ 未
備考	

※患者様には直接予約時間の連絡をさせていただきます。

カルテを事前に準備し、来院をお待ち致します。

対応時間 8時30分～17時15分(月～金曜日)

8時30分～12時30分(土曜日)

ご紹介ありがとうございました。宇佐高田医師会病院 医療連携室