

事前カルテ作成書(FAX専用)

令和 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	①令和 年 月 日 () ②令和 年 月 日 ()				
	※外来予約や胃カメラ等の検査予約の際に第二希望まで記載して頂けると助かります。				
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) 検査予約時間 AM・PM :				
検査	心エコー(①水曜日午後希望 ・ ②金曜日午後希望)				
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す。宇佐高田医師会病院 医療連携室