

八戸平和病院 地域医療連携室 宛

年 月 日

直通 Fax : 0178-31-1767

Tel : 0178-31-2222

受付時間 : 9:00 ~ 17:00 (診療日のみ)

※上記以外の時間帯でのFAX送信はご遠慮ください。

## 紹介患者FAX予約依頼票(兼貴院控)

医療機関名 :

所在地 :

医師名 : 先生 ( 科)

Tel : ( )

Fax : ( )

希望診療科	科	希望医師名 (必要時)	医師
希望診察日	① 月 日 曜日 時頃	② 月 日 曜日 時頃	予約不可日(ある場合)
備考			

※ 診療情報提供書が完成している場合は、この依頼票に添付してFAX送信をお願いします。

「備考」欄に病名(痛む部位・左右、胸側背側、等)のご記入をお願いします。

患者情報	(フリガナ)			性別
	氏名	(旧姓 )		男・女
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	( 才)
	住所	〒 -	電話番号	- -
		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> その他( )		

保険情報	保険者番号				区分	本人・家族	
	記号				被保険者 氏名		
	番号						
	公費医療	市町村・負担者番号					
		受給者番号					
	高齢医療	市町村・負担者番号					
		受給者番号					
	資格取得日	年 月 日	負担割合	割			
備考							

※希望医師、希望診察日につきまして、ご希望に沿えない場合は、こちらから折り返しご連絡致します。