

函館新都市病院
医療支援課 行

〒041-0802 函館市石川町331-1

令和 年 月 日
FAX 0138-46-1351

(連携課直通)
TEL 0138-46-1321(代表)

紹介患者連絡票

紹介元医療機関名	
医師名	先生 (科)
電 話	FAX

診察依頼	検査依頼			
希望診療科	科	希望医師 有・無	希望医師	医師
希望日時	第1希望	年 月 日 () (午前・午後) 時頃		
	第2希望	年 月 日 () (午前・午後) 時頃		
連絡事項(詳細は貴院様式の診療情報提供書にご記入下さい)				

患者様の情報

フリガナ		男・女	生 年 月 日
氏 名	様		明・大・昭・平 年 月 日 才
住 所	〒 電 話		

保 険 者 番 号							
記 号		番 号					
被保険者 氏 名							
続 柄							
有効期限	～						

乳幼児／母子／障害／特定／老人(負担 割)							
公費負担者番号							
受給者番号							
有効期限	～						

高齢者負担 割

乳幼児／母子／障害／特定／老人(負担 割)							
公費負担者番号							
受給者番号							
有効期限	～						