

医療法人雄心会
 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

<input type="checkbox"/> 診察依頼	<input type="checkbox"/> 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		生 年 月 日	
氏 名	様	男・女	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	~								