

紹介患者様情報 事前連絡票

興生総合病院 地域医療連携室 宛 連絡日 年 月 日
 ※貴院の連絡先をご記入ください

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	



興生総合病院 地域医療連携室
 (電話)0848-63-5500 担当者 内線 1161
 (直通 FAX)0848-63-5507

(受診希望診療科)	(希望医師)
_____ 科	_____ 医師
(受診希望日)	第1希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)
	第2希望 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)

※緊急時や当日来院される場合は、前もって担当医師にご連絡ください

1. 患者様情報

ふりがな		男・女	生年月日	(大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) (西暦)
患者氏名	様			_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
住所	〒 _____		電話	(_____) - _____

2. 患者様の保険情報

(被保険者証)

保険者番号	
記号・番号	
資格取得年月日	~
被保険者氏名	
被保険者との続柄	
患者負担割合	割

(公費負担医療受給者証/票)

公費負担番号	
受給者番号	
有効期限	~

3. 紹介目的