

平日専用 〈FAX〉 095-821-1116

患者様紹介連絡票(事前カルテ作成用)

平成 年 月 日

〈紹介先医療機関名〉 長崎市立市民病院 紹介科 _____ 科 _____ 医師 _____

〒850-8555 長崎市新地町 6 番 39 号 TEL095-822-3251 FAX095-821-1116 (地域医療連携室)

〈発信者〉 所在地

医療機関名

医師氏名

TEL () - FAX() -

平成____年____月____日受診予定													
(ふりがな) 受診者							男 女	M・T・S・H					
								年	月	日生	()才		
住所			市			町			丁目			番	号
			郡						番地				
自宅Tel () -			連絡先Tel () -										
被保険者との続柄			(1)本人 (2)家族			被保険者名			(ふりがな)				
一般の診察・仕事上の事故・交通事故													
受診希望科 (番号に○)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
	内科 循環器科	小児科	外科	整形外科	産婦人科	泌尿器科	皮膚科	眼科	耳鼻咽喉科	心療内科 精神科	放射線科	麻酔科	
当病院で受診されたことがありますか。 ない・ある (科 年 月頃)													
保険	保険者番号			記号			番号						
	有効期限			平成 年 月 日									
公費	1	公費負担番号			公費受給者番号								
	2	公費負担番号			公費受給者番号								
	老人医療負担割合			1割 ・ 3割 (どちらかに○印をつけて下さい)									

*保険証記入欄は、保険証のコピーを FAX で送信していただいても結構です。

***FAXの受付時間 月曜日～金曜日 8:15～17:00(祝祭日・年末年始を除く)**

FAX 送信後、この用紙を患者様にお渡し下さい。

受診される紹介患者様へご案内

*ご来院の際は、総合案内にこの連絡票をお出しください。

*受付時間 8時30分～11時00分(放射線科は予約時間に来院してください。)

*お持ち頂くもの 紹介状(診療情報提供書) 保険証(保険適応の場合)
 原爆手帳や老人・公費医療証 診察券(お持ちの方)
 レントゲンフィルムなど(必要な場合のみ)

※受診日当日に保険証を提出されない時は、自費扱いになりますのでご了承ください。