

患者紹介事前カルテ作成状

【ファクシミリ用】

FAX (連携課 直通番号) 046-841-0832

紹介先医療機関名 よこすか 浦賀病院

科 先生

受診希望日 月 日 ()

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								

保険者番号								
被保険者証・被保 者手帳の記号・番 号	.							
被保険者との続柄	本人・家族							

労災・自賠責・その他 ()
負担割合 割

フリガナ

患者氏名 様 男・女

M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

住 所 _____

TEL () _____

携帯電話 _____

貴院への受診歴 (有・無・不詳) _____

紹介元医療機関 _____

所在地 _____

医師名 _____