患者紹介FAX申込書

紹介先:こころホスピタル草津　地域連携室行

FAX(082)270-3034　　年　　月　　日

紹介元医療機関
名称
所在地
医師名
TEL　　(　　)
FAX　　(　　)

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男　・女	大・昭・平　　年　　月　　日(
住所	〒		電話番号
紹介目的	□受診　　□入院		

＊当申込書と一緒に診療情報提供書の送信をお願いします。
＊申込をお受けした後に、お電話で確認させていただく場合がございますのであらかじめご了承願います。
＊受診当日、患者様には「診療情報提供書」原本と保険証を受付に提出するようご説明をお願いします。

保険情報				
	保険者番号		①公費負担者番号	
	記号		①公費受給者番号	
	番号		②公費負担者番号	
	負担割合	1割　・　2割　・　3割	②公費受給者番号	
	資格取得日	年　　月　　日		
	有効期限	年　　月　　日	こころホスピタル草津受診歴 【　有　・　無　】	
	被保険者名	続柄		