

藤井政雄記念病院 地域連携センター 行き

紹介患者事前受付用 FAX 用紙

紹介先医療機関名

年 月 日

藤井政雄記念病院
〒682-0023 倉吉市山根 43-1
(受診科)

科 先生

受診希望日 年 月 日 ()

紹介元医療機関の所在地・名称
(担当医氏名・TEL・FAXを記入ください)

フリガナ

性別 生年月日

患者氏名 様 (歳) 男・女 M. T. S. H 年 月 日生

患者住所 TEL () -

患者様の保険証

被保険者証

保険者番号	
記号・番号	
有効期限	
被保険者氏名	
被保険者との続柄	
事業所名	

公費負担医療受給者票

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	

その他連絡事項

※患者様の情報は、保険証もしくはカルテコピーでもかまいません。(上記の情報がわかるもの)

藤井政雄記念病院 地域連携センター TEL 0858-26-4882 (直通)
FAX 0858-26-2215 (直通)