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　平成　　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(PHS):7514･7519
（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　平成　　年　　月　　日（　　曜日 ）

第2希望　平成　　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	（ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ）（ 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