

夜間・土・日・祝日専用<FAX> 095-826-6868

小児科専用 患者様紹介連絡票(事前カルテ作成用)

令和 年 月 日

<紹介先医療機関名>長崎みなとメディカルセンター紹介科 科 医師

〒850-8555 長崎市新地町6番39号 TEL095-822-3251 FAX095-821-1116 (患者総合支援センター)

<発信者>所在地

医療機関名

医師氏名

TEL () - FAX() -

| | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------|--------|-----------|-------|
| 令和 年 月 日受診予定 | | | | | |
| (ふりがな) | | | 男 | T・S・H・R | |
| 受診者 | | | 女 | 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 (○で囲んで 下さい) | 02 小児科 04 整形外科 05 産科婦人科 06 泌尿器科 07 皮膚科 08 眼科 09 耳鼻咽喉科 10 心療内科精神科 11 放射線科 13 形成外科 14 消化器内科 15 循環器内科 16 呼吸器内科 17 神経内科 18 糖尿病代謝内科 19 膠原病内科 20 血液内科 21 臨床腫瘍科 30 消化器外科 31 呼吸器外科 32 乳腺内分泌外科 33 脳神経外科 34 心臓血管外科 44 救急科 | | | | |
| 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 | 令和 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 | |
| | 後期高齢者医療負担割合 | | 1割・3割 | 高齢受給者負担割合 | 1割・3割 |

*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 17:00～翌朝8:15 及び土日・祝日**

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)
原爆手帳や後期高齢・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下さい。