

JA とりで総合医療センター医療連携室 行

フリーダイヤル FAX : **0120-726-514**

TEL : 【代表】 0297-74-5551 (内線 1396) ・ 【直通】 0297-86-7447

## 患者情報送り状

希望科 \_\_\_\_\_ 科

希望担当医 \_\_\_\_\_ 医師

紹介元医療機関名

TEL

FAX

※ 当院受診歴 (有・無)

※ 診療をスムーズに行うために、紹介状をまえて FAX していただければ幸いです。

受診希望日                      年                      月                      日 (                      )

救急車等で来院の際はご記入下さい ( 貴院救急車 ・ 救急車 ・ 搬送車 )

|               |     |                                       |
|---------------|-----|---------------------------------------|
| フリカゝナ<br>患者氏名 | 男・女 | 大・昭・平・令<br>年      月      日 (      歳 ) |
| 住      所      | TEL |                                       |

### 《保険証情報》

|       |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 |       |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 | ・     |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 続柄    | 本人・家族 | 枝番 |  |  |  |  |  |  |  |

### 《後期高齢者医療被保険者証情報》

|       |     |   |     |   |     |  |  |  |  |
|-------|-----|---|-----|---|-----|--|--|--|--|
| 市町村番号 |     |   |     |   |     |  |  |  |  |
| 受給者番号 |     |   |     |   |     |  |  |  |  |
| 負担割合  | 1 割 | ・ | 2 割 | ・ | 3 割 |  |  |  |  |

### 《公費情報》

|          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|
| 記      号 |  | 番      号 |  |
|----------|--|----------|--|

※FAX 受付時間 : 平日 8:30~17:00  
土曜日 (第 1・3 週) 8:30~12:00

時間外、休診日の FAX 送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、休み明けになります。(休診日 ; 第 2、4、5 土曜日、日曜日、祝祭日)