

# 患者情報書（FAX送信用）

国家公務員共済組合連合会

新小倉病院 地域医療連携室 宛

FAX 093-591-0580 TEL 0120-686-617

年 月 日 発信

フリガナ				生年月日	M・T・S・H・西暦
氏名	男・女			年 月 日	年 月 日
住所	市 区 町				
保険者番号				連絡先電話番号	( )
被保険者証 記号, 番号	本人・家族 続柄[ ]			勤務先	
				勤務先電話番号	( )
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日	当院受診歴	ある( 年 月頃) : ない
	老人医療受給者証(1割・3割)		その他の公費負担医療証		その他の公費負担医療証
公費負担者番号					
受給者番号					
資格取得	年 月 日		年 月 日		年 月 日
有効期限	年 月 日		年 月 日		年 月 日

※お急ぎの場合は貴院のシステムからの情報やカルテの表紙などを上記患者情報としてFAX送付ください。  
 ※保険情報をご記入があれば事前にカルテを作成することができ、受診日には受付でお待たせすることなくご案内いたします。  
 ※受診当日は、地域医療連携室カウンターで優先受付を行っております。  
 地域医療連携室までお越しいただけますようお願いいたします。

受診希望科 (○で囲んで下さい)	内科 (総合・循・糖・消・呼 肝・リウマチ・脳神内) 外・呼外・整・眼 婦・泌・放・歯	医師の希望について ○で囲んで下さい	
		・外来担当医	・希望医師 医師
紹介目的 (○で囲んで下さい)	・外来受診 ・入院 ・検査	※開放型病床登録医の患者様で入院された場合	共同指導を ・行う ・行わない
貴院ID番号			※紹介患者様は <b>優先診療</b> で 対応致しております。  紹介患者様が多い場合は 待ち時間が多少生じるこ とあります。
連絡事項			
受診希望日	平成 年 月 日 ( ) 西暦		
ご紹介元医療機関 (機関名、TEL、FAX等)			

- この用紙は紹介患者様のFAXでの予約の為のものです。
- この用紙は診療情報提供書ではありませんので保険請求は出来ません。
- この用紙と診療情報提供書を出来る限り一緒にご送付下さい。

連携室 - 7様式