

患者紹介FAX申込書

紹介先:草津病院 地域連携室行

FAX(082)270-3034

年 月 日

紹介元医療機関	
名称	
所在地	
医師名	
TEL	()
FAX	()

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日(
住所	〒	電話番号	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院		

- *当申込書と一緒に診療情報提供書の送信をお願いします。
- *申込をお受けした後に、お電話で確認させていただく場合がございますのであらかじめご了承ください。
- *受診当日、患者様には「診療情報提供書」原本と保険証を受付に提出するようご説明をお願いします。

保険情報	保険者番号		①公費負担者番号	
	記号		①公費受給者番号	
	番号		②公費負担者番号	
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	②公費受給者番号	
	資格取得日	年 月 日		
	有効期限	年 月 日		
	被保険者名		続柄	
				草津病院受診歴 【 有 ・ 無 】