

# 高島平中央総合病院 受診連絡票

◆紹介元施設名

◆紹介元連絡先

—	—	(TEL)	—	—	(FAX)
---	---	-------	---	---	-------

◆受診予定日時

_____	月	_____	日	AM・PM	:	_____	頃
-------	---	-------	---	-------	---	-------	---

◆受診科

該当科に○を付けてください

内科	糖尿病センター	内科 (内分泌科)	消化器センター (外科・消外科)	消化器センター (消化器内科)	小児科	泌尿器科	脳神経外科
整形外科 (一般)	整形外科 (脊椎外科)	整形外科 (スポーツ)	形成外科	眼科	耳鼻科	皮膚科	

医師指定	なし ・ あり _____	先生
------	---------------	----

主病名	
-----	--

◆患者様情報

氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H . .		
住所	〒 _____		
電話番号	_____		

◆保険情報

保険証のコピーをFAXいただければ、下記の記入は不要です。

保険者番号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
記号番号	_____		—	_____			
資格取得月日	_____年 _____月 _____日						
有効期限	_____年 _____月 _____日						
被保険者氏名	(続柄：本人・家族)						
負担率	_____割						

◆来院詳細

独歩・車椅子	
ストレッチャー	
付き添い	
あり	なし

◆特記事項

--

公費負担医療受給者証							
負担者番号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
受給者番号	_____						
有効期限	_____年 _____月 _____日						

03-5921-3130 (地域医療連携室直通FAX)

患者情報・保険情報は貴院の個人情報の取り扱いに則ってご記入いただいて構いません。  
 処方希望の受診や再診指示のある受診の場合はこの用紙は不要です。  
 入院希望もしくは入院の可能性がある場合は地域医療連携室にお電話下さい。  
 受診当日は診療情報提供書の持参をお願い致します。