

FAX 024-526-0935

患者紹介用FAX連絡票



一般財団法人 大原記念財団

大原総合病院

作成日： 令和 年 月 日

〒960-8611
福島県福島市上町6番1号
TEL 024-526-0300 (代表)
024-526-0371 (総合患者支援センター)
FAX 024-526-0935 (総合患者支援センター)

【紹介元医療機関】

所在地
TEL
FAX
医療機関名
医師名

紹介科 _____
担当医 _____ 先生 宛

ふりがな	生年月日
患者氏名 (男・女) (旧姓：) ※旧姓の確認をお願いします。	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
住所	
連絡先	電話 - - 当院受診歴 携帯 - - <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ID) <input type="checkbox"/> 不明

【健康保険証情報】 (下記のとおり ・ 別紙のとおり)

保険証番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
本人・扶養の区別	本人 ・ 扶養	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
子ども医療受給者番号			

受診日	<input type="checkbox"/> 予約済 <input type="checkbox"/> 希望有 <input type="checkbox"/> 希望無	令和 年 月 日 () :
	<input type="checkbox"/> 未定	後日、本人及びご家族より予約の連絡が入ります (診療情報提供書も添付)
現在の患者さまの状況	<input type="checkbox"/> 院内で予約票待ち <input type="checkbox"/> 後日予約票お渡し	

備考欄	
-----	--

◇この連絡票に患者氏名、住所、性別、生年月日、保険証番号等の健康保険証情報をご記入または添付の上、FAXでお送りください。予め診察券とカルテを準備いたします。

◇上記記入の簡略化のため、貴院の電子カルテ等より同様の情報複写 (パソコンによる画面コピー等) でも可能です。

◇受診時ご持参いただくもの

- ①診療情報提供書 (紹介状)、②CD-R/フィルム等資料、③健康保険証 (各種受給者証等含む)、④診察券 (当院受診歴がある場合)、⑤おくすり手帳

診療情報提供書



一般財団法人 大原記念財団

大原総合病院

作成日: 令和 年 月 日

〒960-8611
福島県福島市上町6番1号
TEL 024-526-0300(代表)
024-526-0371(総合患者支援センター)
FAX 024-526-0935(総合患者支援センター)

【紹介元医療機関】

所在地
TEL
FAX
医療機関名
医師名

紹介科

担当医 先生宛

ふりがな	生年月日
患者氏名 (男・女)	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
住所	
TEL	(携帯電話)
傷病名及び 紹介目的	
既往歴	
病状経過・検査結果・治療経過	
現在の処方	
備考 (特記事項・添付資料の有無・返却の可否等)	