

診療相談 F A X 用紙

社会医療法人元生会 森山病院

令和 年 月 日

_____科
_____先生

紹介元
医療機関

〒078-8392 旭川市宮前2条1丁目1番6号

医療連携室 担当 _____ 医師氏名 _____ 様

TEL (0166)45-2020(代表) または連携室
FAX (0166)45-2033(連携室直通) 担当者氏名 _____ 様

フリガナ 患者氏名	_____様 男・女	生年月日	M T S H 年 月 日 (才)
住 所	〒 _____		
電話番号	_____		

傷 病 名	_____
紹介目的	別紙 情報提供書 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合は目的記載は不要です)
	<input type="checkbox"/> 外来診察 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> その他

受診希望日	_____月 _____日	午前	午後
-------	---------------	----	----

* 医療保険情報

●被保険者証

保険者 番号	_____
記号・番号	_____
有効期間	_____
被保険者氏名	_____
続 柄	本人 ・ 家族

●高齢・後期高齢者医療受給者証

市町村番号	_____
受給者番号	_____
有効期間	_____
割 数	_____

●公費負担医療受給者証

市町村番号	_____
受給者番号	_____
有効期間	_____

当院受診歴	有 無
-------	-----