

紹介患者様情報

平成 年 月 日

三友堂病院 地域医療連携室御中
FAX 0238-24-3781

この度御紹介の患者 _____ さまの

M・T・S・H 年 月 日生 (才)

保険情報をファックス致します。

患者さま保険情報

(事前にカルテを作成しますので、全てご記入頂きます様お願い致します)

住所								
電話番号								
保険者番号								
記号・番号							ご本人・ご家族	
公費負担番号								
受給者番号								
三友堂病院受診歴の有無	有 ・ 無							
受診予約日	年 月 日 ()			:				
撮影部位 (カッコ内に部位の記入をお願いします)	CT () ・ MRI ()							

↑
放射線検査紹介の時のみ記入をお願いします

(紹介元医療機関) _____ 病・医院

医師名 _____