

平成 年 月 日

南魚沼市立ゆきぐに大和病院
 地域医療連携室 行
 TEL 025-777-2111
 FAX 025-777-2879

紹介元
 医療機関名
 部署・担当者等
 TEL
 FAX

下記の患者様の診療をお願いします。

○患者様情報

※保険証及び公費等医療証をFAXしていただければ、保険情報の記入は不要です。

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	M・T・S・H 年 月 日
住 所	〒 TEL () -		

※労災・交通事故等の場合は、その旨をお知らせ下さい。

保険証記号番号		公費負担者番号	
保険者番号		公費受給者番号	☒
被保険者区分	本人 ・ 家族	公費取得年月日	H 年 月 日
負担割合	割	公費有効期限	H 年 月 日
資格取得年月日	S・H 年 月 日		

○希望受診科及び受診希望日

科 平成 年 月 日 時

○紹介目的(傷病名)

※紹介状を併せてFAXしていただければ、枠内の記入は不要です。

○事前連絡

未 済 連絡先 科外来 医師

※FAX受付時間 8:30~17:00 (土曜日は12:30まで)

※休診日 毎週月曜日・土曜日午後、日曜日、祝日、年末年始(12月29日~1月3日)

※診療上、急を要する場合は、担当診療科に直接ご連絡ください。

