

# 紹介患者事前連絡票

令和 年 月 日

JR九州病院 医療連携室宛

TEL 093-381-5661 (代表)

FAX 093-382-5676 (連携室専用)

(\*事前連絡票と共に診療情報提供書、CT・MR・RI各検査申込書をFAXお願いいたします。)

## ■ 紹介元医療機関

医療機関名		医師名		●所在地 ●TEL ●FAX
受診希望日	月 日 ( )	受診科		受診希望医師

\*所在地等については初めての紹介・変更の場合ご記入お願いいたします。

## ■ 患者情報

フリガナ			M・T・S・H・R
氏名	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所			
TEL	(自宅)	(携帯)	
保険者番号		負担割合	1割 3割
被保険者証 記号・番号	本人・家族	資格取得	年 月 日
		有効期限	年 月 日
その他の公費負担医療証①		資格取得	年 月 日
		有効期限	年 月 日
その他の公費負担医療証②		資格取得	年 月 日
		有効期限	年 月 日
連絡事項			

○来院の際は

- ・診療情報提供書
- ・健康保険証
- ・公費医療証 (対象の方のみ)
- ・当院の診察券 (お持ちの方のみ)
- ・CT・MR・RI各検査申込書 (対象の方のみ)  
(造影検査の場合は同意書も必要です。)

を忘れずにご持参下さい。

■以上、よろしくお願い申し上げます。