

地域医療機能推進機構(JCHO)玉造病院 紹介患者予約FAX用紙

紹介医療機関名称	医師名	TEL FAX
----------	-----	------------

希望診療科に○を付けて下さい

整形外科	リウマチ科	内科	循環器科	神経内科	皮膚科
------	-------	----	------	------	-----

受診希望日

希望医師

第1希望日：	第2希望日：	第3希望日：	医師
--------	--------	--------	----

主訴または傷病名（紹介状は事前にFAXまたはまめネットで送信ください）

整形外科の紹介は該当部位に○を付けて下さい【 頸 腰 肩 膝 股 その他（ ） 】

画像をご持参いただける場合はご記入下さい 【 撮影日： 検査内容（ MRI・CT・X-P ） 】
--

【主訴・傷病名】

希望内容に○を付けて下さい

診察を希望	MRIを希望
診察とMRIを希望	CTを希望
診察とCTを希望	DEXAを希望

患者基本情報（保険情報は貴院カルテの1号紙をFAXいただいても結構です）

フリガナ			旧姓	生	T S H R	年	月	日	当院受診歴	有・無
患者氏名		男・女		年月日						
電話番号	（ ☎ ）		（ ☎ ）							
患者住所	（ 〒 ）									

被保険者証

保険者番号		資格取得年月日・期限	
記号・番号	本人・家族（被保険者氏名）		
負担割合	1割	2割	3割

公費負担医療受給者証

公費負担者番号		
受給者番号		有効期限

折り返し『紹介患者予約票』をFAXいたしますので、患者様にお渡し下さい。

地域医療機能推進機構(JCHO) 玉造病院
地域医療連携室 TEL0852-62-1591 FAX0852-62-1579