

F A X 送信専用 (受診予約) 用紙

ファクシミリ用1
紹介元控

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いいたします。

公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					
一部負担金の割合	1割・2割				

・入院の希望 (有・無)

金沢医科大学病院 _____ 科

_____ 先生

受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

緊急の (有・無) 有 ⇨ 救急車・自家用車

保険者番号					
被保険者証・被保険者 手帳の記号・番号					
被保険者との続柄 (本人・家族)					

金沢医科大学病院受診歴 (有/無)

※有の場合 _____ 科 _____ 年 _____ 月頃

紹介医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

Ⓜ

フリガナ				明・大・昭・平	
患者氏名	_____ 様 (旧姓)		生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	男・女
住所	〒 _____			TEL	(_____)

※) 紹介状は、本人が持参致します。

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
経過 (症状、検査、治療、現在の処方等)
カンファランス参加希望 (有・無) 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日