

社会医療法人黎明会 北出病院 宛  
 FAX:0738-22-2120  
 TEL:0738-22-2188

受付時間 月曜～土曜(祝日を除く) 8:30～17:30

## 紹介依頼用紙(FAX送信用)

平成 年 月 日

社会医療法人 黎明会 北出病院

紹介元医療機関名:

科 \_\_\_\_\_

TEL:

先生 \_\_\_\_\_

FAX:

医師名

■ご紹介患者さま 患者番号 \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	男・女	生年 年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名					
住所	〒 _____				
電話番号	( ) _____				
在宅時医学総合管理料の算定 <small>(当月または前月)</small>	在宅療養指導管理料 在宅自己注管理料を除く)の算定 <small>(当月または前月)</small>		(在		
あり・なし	あり・なし				

■傷病名及び備考欄

傷病名	
紹介目的	
依頼内容	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他( )

備考欄  
 -----  
 -----  
 -----

■患者さまの保険情報 (事前にカルテをご用意致します。確認の為、来院時は保険証をご持参下さい)

主保険	保険者番号	記号・番号/被保険者番号	1. 本人
			2. 家族
公費番号	負担者番号	受給者番号	種別
			重・老(割)・愛

※保険証の写しをFAXしていただければ、記入は不要です。

■当院担当医 (診察日は毎月送付させて頂いています医局勤務表をご参照ください。)

※ FAX受診後、概ね15分程度で折り返し予約票を送信させて頂きます。  
 なお、日・祝はFAX受信のみとなり、折り返しの予約票送信はできませんので、予めご了承ください。