

紹介患者事前受付用FAX用紙

川崎医科大学附属病院

科
先生

〒701-0192
岡山県倉敷市松島577
地域医療連携室
直通 TEL:086-464-1567
代表 TEL:086-462-1111

予約専用FAX:(086)464-1166

紹介元医療機関の所在地・名称

〒 -

医師氏名

TEL

FAX

担当者

※予約の申込・変更・キャンセルは紹介元医療機関よりご連絡ください

フリガナ		旧姓	性別	生 年 月 日
患者氏名			☐ 男	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
			☐ 女	年 月 日 (歳)
住所	〒			電話番号 () -

主訴・傷病名	
紹介目的	
担当医師への事前連絡	☐ 未 ☐ 済 (→ 科 医師)
来院方法(該当の場合のみ)	☐ 救急車・病院車 ☐ 介護タクシー ☐ ストレッチャー ☐ 貴院入院中

<第1受診希望>	年 月 日 ()	☐ 日付を優先(他の医師でも可)	当院受診歴 ☐ 有 (ID:) ☐ 無 ☐ 不明
<第2受診希望>	年 月 日 ()	☐ 医師指定を優先	
<第3受診希望>	年 月 日 ()		
☐ いつでも可			

※やむを得ない理由を除き、申込後の日程の変更・キャンセルはご遠慮ください

●被保険者証

※該当項目に ☒ をお願いします。

保険者番号	
記号・番号	

☐ 交通事故 ☐ 労働災害 ☐ 生活保護

●診療情報提供書(紹介状)の事前FAX・画像データの事前郵送を可能な範囲で地域医療連携室あてにいただきますよう、お願いします。

画像データ	☐ 有 ☐ 無
-------	---

●予約受付時間 平日 8:30~18:00 土曜日 8:30~12:30

- *創立記念日(6月1日)・日曜日・祝日・年末年始(12月29日~1月3日)は休診です
- *救急科は24時間年中無休です
- *緊急時・転入院の場合は、事前に当該科医師にご連絡いただきますようお願いいたします