

紹介患者事前受付用FAX用紙

平成 年 月 日

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

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名

TEL

FAX

予約専用FAX(086)464-1166

フリガナ	性別	生 年 月 日
患者氏名	男・女 旧姓()	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
住所 〒	電話番号 () -	

主訴・傷病名

紹介目的

<第1受診希望日>	年 月 日()	午前・午後	当院受診歴
<第2受診希望日>	年 月 日()	午前・午後	有(ID;)
	<input type="checkbox"/> いつでも可		無・不明

● 被保険者証

保険者番号	
記号・番号	
有効期間	～
被保険者氏名	
被保険者との続柄	
負担割合	

● 公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	～

● 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、即日入院必要時等の場合は
事前に当該科医師にご連絡頂きますよう
お願い致します。※診療情報提供書(紹介状)は、可能な限り予約申込時、または作成出来次第FAX頂きますよう
よろしくお願い致します。

◎下記該当の場合、□にVをお願い致します。

- 救急車で来院 ドクターヘリで来院 病院車で来院
 即日入院必要 貴院入院中 その他()