## 紹介患者事前受付用FAX用紙

					年 月	E
川崎医科大学附属病院			紹介元医療機関の所在地・名称			
	科					
		<del>上</del> 上				
	₹701-019	<u>先生</u> 。				
	岡山県倉敷市松島 577 地域医療連携室		医師氏名			
	直通 TEL:086-464-1567 代表 TEL:086-462-1111		TEL FAX			
マ 45 吉 田 FAV /00		1	IIIX			
予約専用 FAX (08	0) 404-11	00				
フリガナ		性別		生 年	月 日	
患者氏名		男・女	明・大・	昭・平・令		
		旧姓( )		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				
<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;	)
	_ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	つでも可			無 ・ 不明	
● 被保険者証			● 予約受付		日 8:30~18:00	
保険者番号			*創立記念	- '	程日 8:30~12:30 ・日曜日・祝日・	
記号·番号			年末年如	台(12月29日~	1月3日)は休診で	です。
※該当項目にチェックをお	願いします。		*緊急時、		時等の場合は、	
□ 交通事故				á該科医師にご 対します。	連絡頂きますよう	
□ 労働災害						
□ 生活保護						
※診療情報提供書(紹介状) よろしくお願い致します。		<b>見り予約申込時、</b> ま	たは作成出き	k次第 FAX 頂き	ますよう	
◎下記該当の場合、	□にVをお	願い致します。				
	ドクターへリで 貴 院 入 院 5		院車で来院 の 他(			