

御紹介患者様連絡票

令和 年 月 日

笠岡市立市民病院
地域医療連携室 行

FAX : 0 8 6 5 - 6 9 - 1 5 1 0

紹介元医療機関の
名称及び所在地

電話 番 号 - -

F A X 番 号 - -

医 師 名

下記のとおり予約します。

受 診 科: _____ 科 _____ 医師
指定があれば

受診日時: ①第1希望 令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後

②第2希望 令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後

●患者様

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 _____ TEL _____		
紹介目的 主訴及び 傷病名			

●患者様の健康保険等（健康保険証の写しも可）

保険種別		被保険者	
保険者番号	その他	
記号・番号			