

患者様基本情報送信用紙

☆ お電話等で患者様を事前にご紹介いただいた際、診療がスムーズに実施できるよう、お手数おかけしますが、
 該当項目をご記入いただき、下記宛にFAXいただきますようよろしくお願いいたします。

FAX (075) 754-7105 (直通)

がくさい病院 地域医療連携室 宛

TEL (075) 754-7113 (直通)

来院予定日 年 月 日 ()

診療科 (外来・入院) 医師名

(ご指名があればご記入ください)

主訴又は病名

◇ 患者様個人情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	M・T・S・H 年 月 日

〒

住所

TEL ()

◎ がくさい病院受診歴	有・無・不明	がくさい病院診察券カルテNo. (わかればご記入下さい)
-------------	--------	---------------------------------

◇ 患者様保険情報(保険証又はカルテのコピーを送付いただいても結構です)

保険者番号					
記号		番号			
資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日		
被保険者氏名		続柄	本・家	一部負担金の割合	割

◇ 公費負担医療受給者証

重症老人 有

負担者番号		受給者番号	
有効期限	年 月 日	一部負担金の割合	割

※ 紹介元医療機関の所在地・名称(TEL・FAX、担当医名は必ずご記入下さい)

紹介元医療機関名	TEL
所在地	FAX
医師名	

【連絡事項等】