

長岡赤十字病院用 紹介患者事前申込書(FAX用)

FAX 番号(直通)0258-28-9060

初診の診察日にご紹介願います

送付日 平成 年 月 日

長岡赤十字病院

科

外来担当医
(医師間連絡 なし・あり)

宛
(医師)

医療機関名
電話番号
FAX 番号

○受診予定日 平成 年 月 日()

○紹介目的 ()

※紹介状を併せてFAXしていただければ、紹介目的の記入は不要です。また、紹介状は受診時に必要となりますので患者さんにお渡してください。

○患者さん情報

※保険証及び公費等医療証をFAXしていただければ、保険情報の記入は不要です。

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	M・T・S・H 年 月 日
住 所	〒	電話	() —

※労災・交通事故等の場合はその旨お知らせください。

保険証記号番号		医療証負担者番号														
保険者番号																X
保険者区分	本人・家族	負担割合	割	公費有効期限	平成	年	月	日まで								

○診療受付時間 午前8:30～午前11:00(産科・婦人科は10:30まで)

○FAX 受付時間 午前8:30～午後4:30

(当日診療ご希望の送信は、診療受付時間内に来院いただける場合をお願いします。)

☆折り返し、「診察受付のご案内」をFAX 致しますので、患者さんにお渡してください。

上記の受付時間外にFAX を送信された場合の対応は、翌診療日になりますのでご了承ください。

※診療上、急を要する場合は、担当診療科の医師に直接ご連絡ください。

※ご希望の医師が不在の場合は、他の医師が担当させていただくことになります。