

# 紹介状FAX受付用紙

＜静岡市立清水病院 病診連携室＞ FAX 054-336-1127

平成 年 月 日

医療機関の名称

所在地

医師の氏名

TEL

FAX

(フリガナ)		性別
紹介患者氏名	( ID - )	男 ・ 女
生年月日	M ・ T ・ S ・ H	年 月 日
住所	〒	
電話番号		
受診歴 (*こちらで記入します)	有 ・ 無	最終受診歴 年 月 日 (*こちらで記入します)
紹介科名	科	
希望医師	先生	
受診希望日	月 日 ( )	

保険者番号		区分	本人 ・ 家族
記号番号		有効期限	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日		
公費負担番号		負担割合	1割 ・ 3割
公費受給者番号		有効期限	年 月 日

\* 保険情報記載の場合は、すべてご記入ください

\* 健康保険証・各種受給者証(お持ちの方)のコピーでも結構です