

様式 1-1

連絡箋 (救急受診 ・ 紹介受診)

平成 年 月 日

該当項目に をしてください。 救急受診は、先に電話をしてください。

紹介先 公立森町病院
地域医療連携室 松澤 宛

紹介元

平日 電話番号 0538 -85- 2231
(8:15 ~ 17:00) FAX 番号 0538 -85- 2705

夜間・休日 電話番号 0538 -85- 2181
(17:00 ~) FAX 番号 0538 -85- 6023

医療機関名	
所在地	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

受診希望 診療科	科	医師	受診 希望日	月	日 ()曜日
フリガナ 氏名		(男・女)	M・T・S・H	年	月 日生 ()才
住所			電話番号		
連絡 事項					

【 保険情報 】 保険証のコピーでも構いません。

保険区分	国・社(組・政管)・継続療養・労災・公災・療養費払い・その他()																
保険番号												記号番号					
本人・家族の区分	本人 ・ 家族						資格取得年月日	年	月	日							
公費区分	老人保健・結核予防・精神保健・特定疾患・精神福祉・その他()																
公費番号												受給者番号					
公費資格	取得年月日	年	月	日	有効期限	年	月	日									
備考																	