

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
連携事務係宛

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	

フリガナ					M・T・S・H	
氏 名	(男 ・ 女)				年 月 日生 ()才	
住 所	〒			電話番号		
受診希望日	月 日 ()			希望医師	医師	
受診希望 診療科	一般内科	リウマチ・ 膠原病内科	肝臓・膵臓 内科	呼吸器内科	神経内科	
	心療内科	禁煙外来				
	一般外科	痛み治療	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	
	泌尿器科	皮膚科	小児科			
備 考						

【 保険情報 】 ※ 保険証のコピーでも構いません。

保険区分	国・社・後期・任意継続・労災・公災・療養費払い・その他()																								
保険番号												記号番号													
負担割合	1割・3割				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																									