

連絡箋（救急受診・紹介受診）

令和 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					T・S・H・R
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	呼吸器内科	消化器科	神経内科
	心療内科	循環器内科	一般外科	形成外科	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	歯科口腔外科			
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											