

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	循環器内科	神経内科	
	心療内科	一般外科	形成外科	整形外科	リハビリテーシ ョン科	
	泌尿器科	耳鼻咽喉科	皮膚科	眼科	小児科	
	アレルギー外来	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																											