

F A X 送信状

【カルテ作成用保険情報】

年 月 日

紹介元医療機関

紹介元医師

先生

御紹介内容（ 年 月 日予定）

- 外来受診
- 入院・転院
- オープン検査
- その他（ ）

患者様のカルテを事前に準備し、受診時お待たせしないようにいたします。お手数ですが、下記内容をご記入いただき、送信ください。

| | | |
|------|---------|----|
| ふりがな | | 性別 |
| 患者氏名 | 様 | |
| 生年月日 | 年 月 日 才 | |
| TEL | | |
| 住所 | 〒 | |

保険情報

| | | | |
|-------|---|----|--|
| 保険者番号 | | | |
| 記号 | | 番号 | |
| 保険区分 | 社保（ 本人 ・ 家族 ：世帯主名 ） 国保（ 本人 ・ 家族 ）その他（ ） （ 前期 ・ 後期 ） 割負担 | | |

（通信欄）

担当：

社会医療法人敬和会 大分岡病院 医療福祉支援部（地域・患者総合支援センター）
TEL 097 (503) 5033 / FAX 097 (503) 6606