

患者紹介状(FAX用)

平成 年 月 日

国立病院横浜医療センター 地域医療連携室宛 (FAX 045-853-8356)

ご紹介医療機関の名称

ご住所 〒(-)

電話番号(- -)

FAX番号(- -)

ご紹介医師名

当院の受診科について

診療科名 _____ 科 ・ 医師名 _____ 宛

受診日 _____ 平成 年 月 日 (曜日)

目的等

国立病院横浜医療センターの受診歴 _____ ある _____ ない

ありましたら診察券の番号をご記入ください。 (- -)

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

〒(-)

住所 _____

電話番号(- -) _____

保険情報	主 保 険								本人・家族の別
	保 険 者 番 号								本人・A
	記 号 ・ 番 号								家族・B
	併 用 保 険								種 別
	保 険 者 番 号								老人・()
受 給 者 番 号								()	

予約日の受診の際、「患者紹介状(診療情報提供書)」と「健康保険証」を必ず患者様に持たせてください。