未来の風せいわ病院　患者紹介 FAX 申込書

送付先：地域医療連携室　　受付時間　平日　午前 9 時から午後 5 時

FAX：019-696-4185

記載日　平成　　年　　月　　日

代表電話：019-696-2055

〒020-0401
盛岡市手代森 9-70-1

紹介元医療機関
名　称
所在地
医師名
TEL　　（　　）
FAX　　（　　）

下記患者様を紹介します。

フリガナ		性別	生年月日
氏　名		男・女	大・昭・平　　年　　月　　日
住　所	〒　　－		電話番号 －　　－
紹介目的	□受診　□入院　□検査（1. 心理　2. 脳波　3. その他　　）		

※当申込書と一緒に診療情報提供書の送信をお願いします。
※申込をお受けした後に、お電話で確認させていただく場合がございますので、あらかじめご了承願います。
※＊受診当日、患者様には「診療情報提供書」原本を当院受付に提出するよう御説明をお願いします。

以下の情報は、保険証のコピー又は貴院のカルテ表紙のコピーを FAX していただいても結構です。

患者情報	未来の風せいわ病院受診歴　【有・無（5 年以内）】		公費負担番号		
	保険者番号		公費受給者番号		
	記号・番号		高齢受給者番号	1・2・3　割	
	被保険者名	続柄	有効期限	年　月　日	