

# 紹介患者受付用FAX用紙

開放病床の希望
有 ・ 無

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター

科 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 先生

〒701-1192 岡山市北区田益1711-1

地域医療連携室 TEL 086-294-9556

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

**予約専用FAX 086-294-9557**

患者氏名	フリガナ	男 女	生年月日	明・大・昭・平	日 生 (才)	電話番号
				年 月		( )
患者住所						-

傷病名 (主訴又は病名)	
紹介目的	

希望受診日時	第一希望	年	月	日	午前・午後	時	当院受診歴 有 ・ 無
	第二希望	年	月	日	午前・午後	時	
							当院カルテ番号

事前にカルテを作成いたしますので、保険証またはカルテの表紙のコピーをFAXして頂くか、下記欄にご記入下さい。

●被保険者証

保険者番号	
記号・番号	
有効期間	～
被保険者氏名	
被保険者との続柄	本人・家族
負担割合	1割・2割・3割

●公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	～

**緊急の場合は連携室にご連絡のうえ、診療情報のFAXをお願いします。**

●入院必要有無

入院要

入院不要

その他 ( )

●来院手段

救急車

自家用車

その他 ( )

☆セカンドオピニオン外来については、完全予約制で、自費料金が生じます。  
 詳しいお問い合わせ、申込はTEL 086-294-9911(内線8544)・FAX 086-294-9506までお願いします。