

# 【診療依頼書】

令和 年 月 日

〒960-8530

福島市八島町7-7

福島赤十字病院 地域医療連携室

予約係 024-531-2818

連携室直通電話 024-526-3853

FAX 024-526-3854

病院代表電話 024-534-6101

科

医師

## 《紹介元医療機関》

医療機関名：

所在地：〒

医師名：

TEL：\_\_\_\_\_

FAX：\_\_\_\_\_

ふりがな 患者氏名	性別 M・F	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日生 才
住所：		TEL：
現在：在宅・入院中・施設入所中（施設名：_____）		
貴院治療中の傷病名：		
紹介目的：（入院・外来）		
患者情報：		
① 担当医との電話連絡： 未・済	④ 来院方法：救急車（自治体・貴院・民間）	
② 緊急性の有無： 有・無	介護タクシー・自家用車	
③ 当院の受診歴： 有・無・不明	施設の車	

保険番号：	公費番号（後期高齢者・特定疾患・乳幼児・生保・重度・その他）
記号・番号：	
被保険者名：	受給者番号：
事業所名：	負担割合： 割
電話予約をされた方は予約日時をご記入下さい 年 月 日（ ）：	資格取得月日： 年 月 日
	有効期限： 年 月 日
受診希望日 <input type="checkbox"/> 年 月 日（ ） <input type="checkbox"/> 指定された日時で構わない <input type="checkbox"/> 後日、本人より電話します	

※患者様には「診療情報提供書」・「保険証・受給者証」等、必用書類を御持参頂き、紹介患者様専用受付カウンターにお越しいただきますよう、お伝えください。