

## 紹介患者情報連絡用紙 (FAX 用)

画像転送日時 平成 年 月 日 時 分

転送内容 CT MRI CR その他 ( )

来院(予定)日 平成 年 月 日

受診科 科

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住 所	〒		
電話番号	( )		

### 【保険情報 (コピーを FAX でも可)】

保険者番号 記号・番号

保険者名 負担割合 3割 ・ 1割 ・ ( )割

被保険者氏名 被保険者との続柄 本人 ・ 家族

公費負担者番号 受給者番号

紹介元医療機関名

電話番号 ( ) 担当 :