

FAX送信状

【カルテ作成用保険情報】

平成 24 年 月 日

紹介元医療機関

紹介元医師

先生

御紹介内容（平成 24 年 月 日予定）

- 1) 外来受診
2) 入院・転院
3) オープン検査
4) その他 ()

患者様のカルテを事前に準備し、受診時お待たせしないようにいたします。お手数ですが、下記内容をご記入いただき、送信ください。

ふりがな		性別
患者氏名	様	
生年月日	年 月 日	生まれ
TEL		
住所	〒	

保険情報

保険者番号			
記号		番号	
保険区分	社保（本人・家族：世帯主名） 国保（本人・家族）その他（） （前期・後期） 割負担		

（通信欄）

担当：

社会医療法人敬和会 大分岡病院
医療福祉支援部

TEL 097 (503) 5033 (コールセンター) / FAX 097 (503) 6606 (直通)