

田岡病院 FAX番号 **0120-021-766**

(FAX受付時間 : 月～土 9:00～16:00 日・祝、年末年始は除く)
時間外、日祝祭日等に受診したFAXについては、翌日または休み明けの対応となります。
緊急の場合は、電話での申し込みも受け付けています。

田岡病院 紹介患者FAX連絡票

※紹介元の先生方から、直接お電話で患者様の症状等をお聞きする必要があるケースについては、これまでどおり、お電話でのご紹介・ご予約をお願い致します。

申込日 : 年 月 日

医療機関名 :

医師氏名 :

電話番号 () -

FAX番号 () -

○ご紹介を頂く患者様情報

希望する診療科名	科	医師名 :	
フリガナ		性別	男 女
患者氏名			
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 歳		
住所	〒		
電話番号	携帯	自宅	
	- -	() -	
	※当院から 来院日時の確認の連絡をさせていただきますので、連絡がつく番号もしくは、連絡していただきたい番号の記入をお願いします。また、急な休診等でご連絡させて頂く場合もあります。		
紹介目的 (必ずご記入ください)	(※CT・MRI撮影のみご希望の場合は、こちらに撮影部位、指示等をご記入ください。)		
今回受診は・・・交通事故 ・ 労災 ・ どちらでもない		現在、他院に・・・ 入院中 ・ 入院中でない	
セカンドオピニオンですか？		はい ・ いいえ	

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号	.	受給者番号	
有効期限	～	有効期限	～
本人・家族	本人 ・ 家族	備考	
負担割合	割		

※保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。

※この連絡票に合わせて、紹介状をFAXして頂くようお願い致します。

※ご紹介頂きました上記の患者様には、当院から電話を入れて受診日時を決定し、後ほど、紹介元医療機関様にFAXにて予約完了のご連絡をさせていただきます。