

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				
患者氏名				性別 男 女
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、連絡してもらい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
負担割合	割		備考

※保険証のコピーをFAXしていただいて結構です。

※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頂きます。

本件に関する お問い合わせ先	田岡病院医事課 西野、森下
	電話 088-622-7788