

横須賀市立うわまち病院
患者紹介事前カルテ作成状
【 ファクシミリ用 】

受診科 _____ 科 _____ 受診希望日 _____ 月 _____ 日(_____)

※ 受診を希望される医師があれば記入してください

医師名 _____ 無

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

保険者番号									
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号									
被保険者との続柄									

労災・自賠責・その他(_____)
負担割合(_____ 割)

フリガナ

患者氏名 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 《 T ・ S ・ H ・ R 》 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)

住所 _____

電話番号 _____

携帯電話番号 _____

うわまち病院の受診歴 (有 ・ 無 ・ 不詳)

紹介元医療機 _____

住 所 _____

医 師 名 _____

T E L _____ (_____)

F A X _____ (_____)

※ FAX受信後の指示を選択してください

- 患者様が当院でお待ちですので連絡ください
- 患者様に直接連絡してください
- 予約済みです

年 _____ 月 _____ 日

横須賀市立うわまち病院 地域医療連携室 直通FAX 046(823)9654

直通TEL 046(823)9302