公立富岡総合病院　宛
地域医療連携課（FAX.0274-64-1406）救急事務室（FAX.0274-63-3240）

紹介患者情報連絡用紙（FAX 用）

画像転送日時　令和　　年　　月　　日　　時　　分

転送内容　CT　MRI　CR　その他（　　）

来院(予定)日　令和　　年　　月　　日

受診科　　科

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	大・昭・平・令　　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：