

紹介患者FAX予約票

1・2枚日は診療情報提供書(紹介状)

キッコーマン総合病院 医療連携室行

依頼日 年 月 日

診療科名 科

医師名

受診希望日 第1希望 月 日 時間(:)

第2希望 月 日 時間(:)

下記の患者さんをご紹介します。

貴院の名称

ご担当医師名

住所 〒 -

TEL ()

FAX ()

フリガナ (男・女)	当院の受診歴 (有・無・不詳)
患者氏名 殿(才)	紹介目的 精査・加療・入院・転医・手術 その他[]
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日	
住所 〒 -	TEL ()

ご紹介の場合はこのFAX予約をご利用ください

- ◆ 診察手続きの簡素化により待時間が短縮されます。
- ◆ FAXいただくと担当よりすみやかにご返事させていただきます。

FAX受付時間 平日・土曜 9:00~16:00

休診日又は時間外のFAXは休日明け又は翌朝ご連絡いたします。

連絡先 キッコーマン総合病院 医療連携室

FAX 04-7123-5925

TEL 04-7123-5927

H P <http://hospital.kikkoman.co.jp/>

- ◆ ご来院の際には、この予約票と健康保険証、紹介状を初診受付にご提出ください。
- ◆ 予約診療時間の15分前には手続を終え診療科の受付に受診票をご提出ください。
- ◆ ご指定いただいた医師が診察できない場合は他の医師が代って診察いたしますので予めご了承ください。

■被保険者証(本人・家族)(0割・1割・2割・3割)

保険者番号	
記号・番号	・
資格取得日	年 月 日
有効期間	~

保険証そのものを直接FAXされる場合記入不用です。

■老人医療受給者証(1割・2割)

市町村番号	
受給者番号	
有効期間	~

■第一公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	~

診療情報提供書(FAX兼紹介元控え用)

キッコーマン総合病院 医療連携室行

依頼日 年 月 日

診療科名 科

医師名

受診希望日 第1希望 月 日 時間(:)

第2希望 月 日 時間(:)

下記の患者さんをご紹介します。

貴院の名称

ご担当医師名

住所 〒 -

TEL ()

FAX ()

フリガナ (男・女)	当院の受診歴 (有・無・不詳)
患者氏名 殿(才)	紹介目的 精査・加療・入院・転医・手術 その他[]
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日	
住所 〒 -	TEL ()
病名	
主訴	
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー(有・無)
治療経過 及び 病状経過	
検査結果	現在の処方

備考1.病状の安定により貴院への逆紹介に対する希望 (希望する・希望しない)

2.必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録等の添付をお願い致します。

(持参の有無をご記入ください。)

*画像診断フィルム *その他

*心電図記録等

*検査結果伝票

HP <http://hospital.kikkoman.co.jp/>

〒278-0005

千葉県野田市宮崎100

キッコーマン総合病院 医療連携室

TEL 04-7123-5927

FAX 04-7123-5925