平成　　年　　月　　日

医療連携　FAX予約送信票

医療機関名・施設名	姫路中央病院
診　療　科	
医　　師	先生

医療機関	
所在地	
電話番号	FAX
診療科	医師

ふりがな		生年月日	生	来院方法
氏　　名			（　　歳）	□ 歩行　□ 車椅子 □ ストレッチャー　□ 救急車
住　　所	〒 ①自宅電話番号　　②連絡先［ 携帯 ・ その他（　　）］			
受診希望日	第一希望　平成　年　月　日　□ 午前 □ 午後　時　分 第二希望　平成　年　月　日　□ 午前 □ 午後　時　分			

保険情報	保険者番号			負担者番号	
	記　　号		□ 本人 □ 家族	受給者番号	
	番　　号			記　　号	
	資格取得	昭・平　年　月　日		番　　号	

その他	該当する場合に✓を付けて下さい	追加情報がありましたらご記入下さい
	□ 自　責	
	□ 事　故	
	□ 労　災	
	□ 生　保	

上記の患者様について別添「診療情報提供書」のとおりご紹介いたしますので、

ご高診、ご加療を宜しくお願い申し上げます。

【用紙の使用方法】

1.このFAX予約送信票は、入院、診察、検査を予約依頼していただくときに、診療情報提供書とともに依頼病院にFAX送信して下さい。

2.診療情報提供書は、1部を紹介元医療機関の控えとして保管いただき、1部を依頼病院へ患者様が来院される時にご持参いただくようお願いします