

# 紹介患者FAX予約申込書

国立病院機構茨城東病院

地域医療連携室 宛

**FAX 029-287-8638**

年 月 日

TEL 029-282-1151

※ 受付時間…月～金曜日(土、日、祝日は除く) 8:30～16:30

紹介元医療機関名

診療科・医師名

電 話

F A X

どちらかに  をお願いします。

次の患者様を紹介いたします。

セカンドオピニオンを希望します。

(フリガナ) 氏 名		性別 男 ・ 女	生年月日： T・S・H 年 月 日 ( 歳) *茨城東病院 受診歴： 有 ・ 無 (晴嵐荘時代も含めどれかに○をつけてください。)
受 診 科	呼吸器内科 ( <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> その他 ) 呼吸器外科 ・ 心臓血管外科 ・ 小児科		
受診希望年月日 ① 又は ②を お選び下さい。	①初診担当医 第1希望 月 日 ( 曜日) 第2希望 月 日 ( 曜日) ②指定医師 ( ) 医師		

患者保険項目	社保 ・ 国保 (本人 ・ 家族) その他		
患者住所	〒 電話番号 ( )		
保険証の 記号・番号	記 号	番 号	
保険者番号			
公費負担者番号		受給者番号	

1. この予約申込票を、FAXで送信して下さい。
2. 折り返し、予約日、予約時間等の予約票をFAX送信差し上げます。
3. カルテ作成のために保険証記号・番号・保険者番号等をご記入下さい。
4. 患者様に診療情報提供書を持たせていただきますようよろしくお願いいたします。
5. ご紹介当日来院希望の場合は、紹介元医療機関様から、地域医療連携室看護師長に直接お電話をお願いします。

送信FAX番号 029-287-8638

2018年4月 改訂