四万十市立市民病院
紹介患者連絡票

送信日　　年　　月　　日

医療機関名	
所在地	
電話	
FAX	
医師名	
送信部署（送信者）	

受診科　　科　　医師

受診希望日　　年　　月　　日　　午前

紹介目的　☐ 診察　☐ 検査　☐ 治療　☐ 入院　☐ その他

診療情報提供書　☐ 当日患者様が持っていきます　☐ FAXで送ります

依頼内容（症状・主訴）	

公費負担者番号										保険者番号										
公費負担医療の受給者番号										被保険者手帳 被保険者証	記号番号									
受診者	フリガナ																			
	氏名								男 女		有効期限									本家
	生年月日	年　月　日　才									被保険者氏名									
	住所										資格取得	年　月　日								
	電話										交付	年　月　日								
	職業					被保険者との続柄				事業所 船所有	所在地									
有効期限											名称									
負担金										保険者	所在地									
認定日											名称									

FAX受付時間は平日8：30～17：15 です。土日祝、時間外の依頼は翌日以降の対応となります。
予約受付完了後、担当者にFAXまたは電話にてご連絡させていただきます。

四万十市立市民病院　地域連携室
TEL　0880－34－2126（代）
FAX　0880－34－9991（直通）