

九州労災病院 患者情報書(事前申込)

申込日: 令和 年 月 日

地域医療連携室 行 (FAX 093-473-5903)

※保険情報は保険証をFAXしていただいても結構です。

フリガナ											連絡先電話番号(自・勤・呼・携)								
患者氏名																			
生年月日	M	T	S	H	R	年	月	日	歳	性別	男・女								
住所																			
保険者番号										公費負担者 番号									
記号・番号											公費負担医療 の受給者番号	(患者負担 割)							
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (患者負担 割)																			
資格取得 有効期限	年	月	日	年	月	日	資格取得 有効期限	年	月	日	年	月	日	年	月	日			

受診希望科	科				希望担当医師	先生									
	月	日(曜日)	時	分	九州労災病院 受診歴	無・有(年 月頃 科を受診)									
	予約(済・未)														
紹介目的	診断・治療・検査・入院・その他()														
連絡事項															
紹介元医療機関 住所											TEL FAX				

* 時間外・休日受信分は翌日ご報告させていただきます。

注意事項

- * この用紙は診療情報提供書ではありませんので、保険請求はできません。
- * 救急患者受入依頼の場合は、この用紙はご利用できませんのでご注意ください。
- * 時間外・休診日の救急依頼は直接病院へご連絡ください。

◎受診当日は患者さんに保険証・紹介状・お薬手帳を持参くださるようお願いいたします。