因島総合病院　地域連携室　行　　（FAX用）

紹介患者事前受付用FAX用紙

平成　　年　　月　　日

【紹介先医療機関名】

日立造船健康保険組合
因島総合病院

＿＿＿＿＿＿ 科 ＿＿＿＿＿＿ 先生

【紹介元医療機関名】

医療機関名

所在地

TEL ：

FAX ：

医師名

紹介患者	ふりがな 氏　名		性別 男 ・ 女	因島総合病院受診歴 有 ・ 無	
	生年月日	明 ・大 ・昭 ・平　　年　　月　　日　（　　歳）			
	住所		TEL		
受診希望日	□	第1希望	月　　日（　　）		
	□	第2希望	月　　日（　　）		
	□	いつでも			

公費負担者番号		保険者番号		患者負担割合	
公費負担医療の受給者番号		記号 ・ 番号		割	
公費負担者番号		被保険者氏名		被保険者との続柄	
公費負担医療の受給者番号		保険種別	労災 ・ 交通事故 ・ 一般（自費）		

資格取得日	年　月　日	有効期限	平成　年　月　日		
紹介目的	診察 ・ 検査	希望形態	入院 ・ 通院	自立度	歩行 ・ 車椅子

傷病名	既往歴
症状および治療経過	

受付 ： 地域連携室

TEL：0845-22-0061（直通）
0845-22-2552（代表）
FAX：0845-22-4714

受付時間 ： 平日　9時00分～17時30分
土曜日 9時00分～12時30分
第2・4土曜日は休診。