

田岡病院 FAX番号 **0120-021-766**

(FAX受付時間 : 月～土 9:00～16:00 日・祝、年末年始は除く)  
時間外、日祝祭日等に受診したFAXについては、翌日または休み明けの対応となります。  
緊急の場合は、電話での申し込みも受け付けています。

## 田岡病院 紹介患者FAX連絡票

※紹介元の先生方から、直接お電話で患者様の症状等をお聞きする必要があるケースについては、これまでどおり、お電話でのご紹介・ご予約をお願い致します。

申込日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 : \_\_\_\_\_

医師氏名 : \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

FAX番号 ( ) \_\_\_\_\_

### ○ご紹介を頂く患者様情報

希望する診療科名	科	医師名 :	
フリガナ		性別	男 女
患者氏名			
生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	歳
住所	〒		
電話番号	携帯	自宅	
	- -	( )	-
紹介目的 (必ずご記入ください)	※当院から 来院日時の確認の連絡をさせていただきますので、連絡がつく番号もしくは、連絡してもらいたい番号の記入をお願いします。また、急な休診等でご連絡させて頂く場合もあります。 (※CT・MRI撮影のみご希望の場合は、こちらに撮影部位、指示等をご記入ください。)		
今回受診は・・・	交通事故 ・ 労災 ・ どちらでもない	現在、他院に・・・	入院中 ・ 入院中でない
セカンドオピニオンですか？	はい ・ いいえ		
保険者番号		公費負担番号	
記号・番号	.	受給者番号	
有効期限	~	有効期限	~
本人・家族	本人 ・ 家族	備考	
負担割合	割		

※保険証のコピーをFAXしていただいても結構です。

※この連絡票に合わせて、紹介状をFAXして頂くようお願い致します。

※ご紹介頂きました上記の患者様には、当院から電話を入れて受診日時を決定し、後ほど、紹介元医療機関様にFAXにて予約完了のご連絡をさせていただきます。

本件に関する お問い合わせ先	田岡病院医事課 西野、内田 電話 088-622-7788
-------------------	----------------------------------