

年 月 日

関西医科大学香里病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ	生年月日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成・令和
男・女	年 月 日 (歳)
住所 〒	電話番号

主訴および傷病名

紹介目的：精査 加療 入院 転院 手術 入院中（入院加療中の方のみ）CKD
その他（ ）

アレルギー

薬物過敏（ ） 食物過敏（ ）

以下の項目を記入の際は、この用紙①を切り離して下さい。

受診希望日 年 月 日()

関西医科大学病院受診歴（有・無）

<備考>

保険情報（保険情報は、保険証のコピーでも可）

■被保険者証

保険者番号									
記号	番号								
資格取得日									
有効期間									~
被保険者との続柄									

<諸法関係>

労災(公災)、保護医療(福祉事務所名)

交通事故・その他()

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません（詳細は担当者にご相談ください）

■第1公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者番号									
有効期間									~

■第2公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者番号									
有効期間									~

[お問い合わせ]

関西医科大学香里病院 地域医療連携部 〒572-8551 寝屋川市香里本通町8番45号

《受付》 平日 午前9時～午後8時 土曜日 午前9時～午後12時30分

《休診日》 日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始(12月29日～1月3日)

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

電話 072-832-9977 FAX 072-832-9988