**患者保険情報連絡票**

ＦＡＸ送信用 ①

**令和　　　　年　　　　月　　　　日**

関西医科大学 附属病院

**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 | 旧姓 | 男  女 | 生 年 月 日 |
| 患者氏名 |  | 大正・昭和・平成・令和  　　年　　月　　日生(　　歳) |
| 住所　〒  携帯番号：  (SMS機能がない場合)メールアドレス： | | | 関西医大受診歴：有・無・不明  有の場合ID番号  （　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 主訴および傷病名 | ADL：□独歩　□車いす  □寝たきり→ |
| □オンライン・セカンドオピニオン |
| アレルギー  □薬物過敏（　　　　　　　　）□食物過敏（　　　　　　　　） |

受診希望日　　第1希望　令和　　 年　　 月　　 日 (　　 )

　　　　　　　第2希望　令和　　 年　　 月　　 日 (　　 )

希望日なし　 又は　 不都合な日があればご記入ください。〔　　　　　　　　　　　　　〕

予約取得に診療科への確認が必要な場合があります。翌日に受診希望の場合は、前日の16時30分

までにご連絡くださいますようお願いします。

保険情報（保険情報は、保険証のコピーでも可）

■被保険者証　　　　　　　　　　　　　　　　　 ■公費負担医療受給者票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 負担者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号 | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 続　　　　柄 | | 本人　・　家族 | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＜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（詳細は担当者とご相談ください）

**地域医療連携部／受付時間 関西医科大学附属病院 〒573-1191枚方市新町2丁目3番1号**

**《受　付》平日　8時30分～20時　土曜日　8時30分～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。**

**〔地域医療連携部〕 電話 072-804-2742　ＦＡＸ 072-804-2861**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 関西医科大学附属病院地域医療連携部  担当者 欄（※記入しないでください） | 総室 | 個室 | 即日入院 | 翌日入院 | 記入日時 | 記入者 |
|  |  |  |  |  |  |