

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 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 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いたします。

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも可)

■被保険者証

保険者番号									
記号	番号								
続柄	本人・家族								

■公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者番号									

<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)

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