

患者保険情報連絡票

F A X 送信用 ①

関西医科大学 附属病院

令和 年 月 日

科 先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電 話

F A X

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 〒			関西医大受診歴：有・無・不明
携帯番号：			有の場合 ID 番号
メールアドレス：			()

主訴および傷病名	ADL：□独歩 □車いす □寝たきり→
□オンライン遺伝カウンセリング	
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 F A X 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