

# 公立学校共済組合 東北中央病院

別紙1

< F A X予約申込票 >

F A X番号：0120-168-990（地域医療連携室行）

|                  |                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. 受診希望日         | 令和      年      月      日(      )      時      分                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. 宛先医師          | 科      医師(宛)                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. 医療機関情報        | 医療機関名：<br><br>医 師 名：<br><br>TEL:      FAX:                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ<br>4. 患 者 名 | ( 男 ・ 女 )                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. 生年月日          | T ・ S ・ H ・ R      年      月      日生                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. 患者住所          | 〒                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. 電話番号          | (      ) —      —                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. 公費負担番号        | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. 受給者番号         | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. 負担割合         | (    1割    ・    2割    ・    3割    )                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. 保険者番号        | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. 記号・番号        | <table border="1"><tr><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr></table>                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. 本人家族区分       | (    本人    ・    家族    )                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. 救急車使用        | ( 有 ・ 無 )                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. その他(症状など)    | .....                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※この用紙は、紹介する患者様の保険情報を事前に東北中央病院にF A Xで送信するためのものです。番号のかけ間違いにご注意ください。

※紹介の目的や検査所見などは別紙診療情報提供書にご記入いただき、患者様に持参させてください。

地域医療連携室直通電話：0120-703-995