

申込日： 平成 年 月 日

紹介患者予約票

山口博愛病院 地域連携室 宛

FAX : 0835-25-1675

【貴院データ】

医療機関名		住所	〒
診療科		TEL	
医師名		FAX	
紹介に係る 担当者			


【患者データ】

フリガナ		男・女	住所	〒
氏名				
生年月日		(歳)	TEL	

当院への受診歴	有 (平成 年頃) ・ 無 ・ 不明
移動方法	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ その他 ()
傷病名	
紹介目的	

医療保険					公費負担受給者証	
種類 負担割合 (該当するものに○印)	後期 高齢者	前期 高齢者	国保	社保	負担番号	
	生保	その他 ()			受給番号	
	本人 ・ 家族				介護保険	
	0割	1割	2割	3割	介護度	未申請・要支援 () ・ 要介護 ()
保険者番号					担当ケアマネージャー	
記号・番号					福祉医療	
・FAX受信後、内容について お問い合わせの電話をさせて頂くことがあります。						

〒747-0819 山口県防府市お茶屋町2番12号

 山口博愛病院 地域連携室

TEL 0835-22-2310

FAX 0835-25-1675