

※事前にFAX送付願います。

# FAX 連絡票

FAX 03-3451-8345

平成 年 月 日

国際医療福祉大学三田病院

地域医療連携部 行

URL <http://mita.iuhw.ac.jp>

貴院の名称

所在地

医師氏名

科  
先生

下記の患者様をご紹介致します

受診予定日 平成 年 月 日 (予約: 有・無)

(来院時間 時 分)

(予約時間 時 分)

当院受診歴 (有・無)

☎ ( - - )

FAX ( - - )

フリガナ	
患者氏名	( 歳) 男・女
生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日)	
住所 〒 -	
電話 - -	
携帯 - -	
被保険者	続柄
被保険者の勤務先等	勤務先
	電話 ( - - ) 内線 ( )
保険者番号	
記号番号	-
公 費 医 療 証	
市町村番号	
受給者番号	
一部負担金の割合 (1割・2割・3割)	

※左記の太線内にご記入の上FAX送付をお願い致します。必ず携帯電話番号のご記入ください。(お持ちの場合)

保険証・医療券については、コピーのご送付でも結構です。本票とともにFAX送付ください。

患者様ご来院の際は、「診療申込書」をご記入頂き、保険証(医療券)・紹介状(診療情報提供書)・FAX連絡票とともに初診受付にご提出ください。

※診療受付時刻

月曜日～土曜日 午前 8:30～11:30  
午後 12:30～16:30

※休診日

日祝日 年末年始 (12月31日～1月3日)

※**ご注意**

外来が休診等で診療が出来ない場合がありますので事前にお問い合わせをお願い致します。

連絡事項
-----
-----
-----
-----
-----
-----

※緊急時は、直接該当医にご連絡をお願い致します。