

※ 事前にFAX送信願います。

年 月 日

# F A X 連 絡 票

## F A X 03-3451-8345

国際医療福祉大学三田病院

地域医療連携部 行

貴 院 名

所 在 地

医 師 名

科  
先生

受診予定日 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)

T E L - -

F A X - -

《 下記の患者様をご紹介します。 》

フリガナ			
患者名			
男 ・ 女			
生年月日	西暦	年 月 日	( 歳)
住 所			
TEL 携帯 - -			
被保険者		続 柄	
被保険者の勤務先等	勤務先		
	電話	- -	内線( )
被保険者番号			
記号番号	-		
公費負担者番号			
公費受給者番号			
一部負担金の割合 ( 1割 ・ 2割 ・ 3割 )			

左記の太枠内にご記入の上FAX送信をお願い致します。必ず携帯番号をご記入下さい。(お持ちの場合)

保険証・医療券については、コピーの送信でも結構です。本票とともにFAX送信下さい。

患者様ご来院の際は、初診受付カウンターにて「診療申込書」をご記入いただき、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け窓口へご提出下さい。

※ 診療受付時間  
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 -  
外来が休診の場合がございます。  
事前にお問い合わせ下さい。

連絡事項