

公 費 負 担 者 番 号								
公費負担医療の受給者番号								

保 険 者 番 号							
被保険者証の記号・番号							
継続の（有・無）	被保険者との続柄（本人・家族）						

紹介先医療機関名

医療法人 恵仁会 松 島 病 院

平成 年 月 日

科 先生

受診予定日 月 日 午前・午後

患者氏名 様 男・女

紹介元医療機関名

所 在 地

T E L

医 師 名

M・T・S・H 年 月 日生（ 歳）

患者住所

TEL -

貴院への受診歴（有・無・不詳）

患者職業

※）紹介状は本人が持参いたします。

上記の方についてよろしくお願いします。

患 者 紹 介 状 〔ファクシミリ用〕

- ☐ FAXの受信は24時間お受けしております。
- ☐ 予約回答は下記の時間内で行なっております。
午前8時30分～午後4時30分
- ☐ 患者さんには受診当日、健康保険証（医療受給者証等）、紹介状（診療情報提供書）をお持ちいただき、新患受付窓口までお越しいただくようご案内下さい。
- ☐ 救急患者及び当日の受診依頼、入院依頼の場合には、受け入れ態勢の都合上この用紙を使わず、地域医療連携室まで直接お電話にてご連絡下さい。
- ☐ 最上部の保険者番号等欄は、必ずしも記入する必要はありません。

松島病院地域医療連携室

TEL045-322-4588 FAX045-322-4598

E-mail:renkei@matsushima-hp.or.jp