

(歯科口腔外科専用)

国保水俣市立総合医療センター 患者紹介ファックス送信票

送信先FAX番号 0966-63-2167

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	(明・大・昭・平) 年 月 日

歯科口腔外科	医師	担当医への連絡	有 ・ 無
緊急性	有 ・ 無	当院歯科受診歴	有 ・ 無
		来院方法	救急車 ・ その他

ご紹介元 医療機関名		医師氏名	
電話番号		FAX番号	

《患者様情報》

ご住所	熊本 鹿児島 県 市・郡 町・村 ()			
連絡(本人)	自宅TEL	その他TEL		
入院の有無	現在【 医科で入院中 ・ 歯科で入院中 ・ 入院していない 】			
保険証 (割)	種別	社保・国保・その他	保険者番号	被保険者名
	記号	番号	区分	本人 ・ 家族
	資格取得日：平成 年 月 日 有効期限：平成 年 月 日			
公費	水俣病	水俣病の公害手帳、水俣病医療対策等の医療手帳は使用できません。ご注意ください。		
	その他	公費番号	受給者番号	
		資格取得日：平成 年 月 日 有効期限：平成 年 月 日まで		
		公費番号	受給者番号	
資格取得日：平成 年 月 日 有効期限：平成 年 月 日まで				
生活保護者 → 福祉課へ連絡 (有り ・ 無し)				
くまもとメディカルネットワークへの参加 (有り ・ 無し)				
備考	※何か、連絡事項等ありましたらご記入ください。			

※記入漏れがあると電算入力の都合上、受付できませんのでご注意ください。

※保険情報については保険証・各種受給者証のコピーを添付されると上記への記入は不要です。

※入院の有無欄についても記入してください。