

# (医科専用)

歯科の場合は歯科口腔外科専用を使用してください。

## 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 F A X 番号 0 9 6 6 - 6 3 - 2 1 6 7

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

受診希望科	科	医師	担当医への連絡	有 ・ 無
来院予定	月 日 ( )曜日	時 分頃	当院受診歴	有 ・ 無
緊急性	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		F A X 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 其他Tel				
入院の有無	現在(入院中 ・ 入院していない) DPC算定(有り・無し) ・ 一般病棟 ・ 特定入院料 (30%控除 ・ 70%控除) 療養病棟 (有り・無し)				
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	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			
	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			
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。