

(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 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
患者様氏名		男・女	(明・大・昭・平・令) 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	ご来院希望日	月 日 () 曜日	当院受診歴	有 ・ 無
ご来院 確定日時	月 日 () 曜日	時 分 頃	来院方法	救急車 ・ その他	
くまもとメディカルネットワークへの登録 (有 ・ 無 ・ 手続中)				くまもとメディカル 連携機関の場合は必ず 記入願います。	
紹介状の電子的送信 (有 ・ 無)		検査・画像データ (有 ・ 無)			

※くまもとメディカルネットワークに記入が無い場合は、登録無しとして処理致しますのでご了承下さい。
※完全予約制につき、ご来院予定の時間につきましては、歯科口腔外科より再度ご連絡いたします。

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	-- --	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：(昭・平・令) 年 月 日 有効期限：令和 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・令 年 月 日 有効期限：令和 年 月 日まで				
		公費番号	受給者番号			
資格取得日：平・令 年 月 日 有効期限：令和 年 月 日まで						
生活保護	福祉事務所へ連絡の有無 (有 ・ 無) 無しの場合は必ず該当福祉事務所へ連絡して下さい。					
備 考	※その他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よろしくお願い致します。
※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。