

紹介患者様用FAX送信表

紹介先医療機関名

申込日 年 月 日

戸畑共立病院
北九州市戸畑区沢見2丁目5-1

御紹介元医療機関の所在地・名称 〒 -
先生
TEL/FAX:

紹介項目	宛先: 歯科口腔外科 先生	
	受診希望日 年 月 日 時	歯科口腔外科受診
	<input type="checkbox"/> 抜歯依頼 (部位:) <input type="checkbox"/> 精査加療依頼 (部位:) <input type="checkbox"/> 画像検査依頼 (検査内容:)	
	診断名:	
	経過:	
受診者	フリガナ	性別
	氏名	男・女
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
	住所	〒 -
	電話	
	被保険者との続柄	負担割合 割
保険者番号		
記号・番号		
被保険者・世帯主氏名		
資格取得	年 月 日	
有効期限	年 月 日	
公費負担者番号		
受診者番号		
資格取得	年 月 日	
有効期限	年 月 日	

戸畑共立病院 地域連携室	専用電話 0120-008-914
	専用FAX 0120-008-915

※患者情報はカルテのコピーでも構いません。必ず紹介項目をご記入下さい。