

患者紹介FAX送信票

独立行政法人国立病院機構 和歌山病院

内・神内・呼・循・外・科

宛

紹介元医療機関名

住所

電話

FAX

氏名



| | | |
|------|-------------------------|-----------------------------------|
| ふりがな | | 生年月日 |
| 患者氏名 | 男 ・ 女 | M・T・S・H 年 月 日 (歳) 電話 () - |
| 現住所 | (〒 -) 市 町 番地 郡 村 | |

| | |
|------|-------------------------------------|
| 傷病名 | |
| 紹介目的 | ・検査・X線 () ・外来受診 (定期 臨時) ・入院治療 |

受診予定日 平成 年 月 日 緊急入院の必要性 (有 無)

※ 和歌山病院を初めて受診される場合は、患者様の保険情報をお知らせください。

| | | | |
|-------|----|----|-------|
| 保険区分 | 本人 | 家族 | |
| 保険者番号 | | | 公費番号 |
| 記号・番号 | | | 受給者番号 |

※ お問い合わせ 〒644-0044 和歌山県日高郡美浜町和田 1 1 3 8

時間内 (8:30~17:15) 電話 (0738) 22-3256 (内線228地域医療連携室)

時間外・休日 電話 (0738) 23-1506 (事務当直室)

独立行政法人国立病院機構 和歌山病院