令和　　年　　月　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構　船橋中央病院　診療依頼書（ＦＡＸ専用）

**地域医療連携室　直通ＦＡＸ　０４７－４３３－７０８６**

代表ＴＥＬ０４７－４３３－２１１１・予約専用０４７－４３３－８７３０

| | |
|---|---|
| 紹介医療機関名：<br>所在地：〒<br>電話番号：<br>FAX 番号：<br>医師名： | 内科・消化器内科・呼吸器内科・血液内科・和漢外来<br>外科・ヘルニア外科・整形外科・眼科・形成外科<br>泌尿器科・皮膚科・婦人科・歯科口腔外科<br>※上記以外の科は各科外来に直接ご相談下さい。<br>希望医師名：<br>（　ある場合はご記入ください　）<br>希望受診日：<br>第一希望　令和　　年　　月　　日（　　）<br>第二希望　令和　　年　　月　　日（　　） |
| 紹介目的：<br>(傷病名・症状等) | |

| | |
|---|---|
| フリガナ：<br>患者氏名：<br>（　男・女　） | 健康保険証 |
| 生年月日：<br>Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日<br>年齢　　歳<br>※当院の受診歴　（　有　・　無　） | コピーしたものを FAX していただくか<br>下記欄に記入をしてください。<br>保険者番号：<br>記号：<br>番号：<br>（本人　・　家族） |
| 住　所：〒 | ①公費番号：<br>受給者番号：<br>（負担割合１割・２割・３割・その他） |
| 電話番号： | ②公費番号：<br>受給者番号： |

※当日は必ず診療情報提供書と予約票を患者様に持参させてください。