

F A X用受付依頼票（地域医療連携センター行）

紹介先医療機関

令和 年 月 日

公益財団法人 星総合病院

所在地

医療機関名

医師名

TEL

FAX

科

先生

ふりがな	生年月日	職業
患者氏名	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 性別： 年 月 日 歳	
住所 〒	TEL	()

保険者番号	公費負担番号
記号・番号	受給者番号
被保険者・世帯主の氏名	一部負担金割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
被保険者・世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養 ()	予約の有無 <input type="checkbox"/> 予約済 年 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 予約未 本人から予約センターにて予約
通信欄	

----- キリトリセン -----

星総合病院を受診される患者様へ

患者様氏名	受診科
様	科
受診日	予約時間
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 時 分 <input type="checkbox"/> 午後

- * ご来院の際は、**入口正面 地域医療連携センター受付** までお越し下さい。
- * 当日は、**紹介状** **資料類** **健康保険証** **お薬手帳** などをご持参下さい。
- * 都合により指定された医師が不在の場合は、他の医師が診察を行う場合がございます。
- * 診察の進み具合により、待ち時間が発生する場合がありますのでご了承下さい。
- * ご不明の点等ございましたら、地域医療連携センターまでお問い合わせ下さい。

地域医療連携センター（TEL 024-983-5512）

予約センター 月～金 午前9時～午後4時30分（TEL 0120-33-4895）