

**FAX**

046-823-5020

国家公務員共済組合連合会

記載日

年

月

日

横須賀共済病院

紹介患者FAX依頼票

地域連携センター地域連携室 宛

予約診療科

医師名 医師の指定がない場合は未記入で構いません

科

先生

〈 紹介元医療機関情報 〉

医療機関名	医師名
住所 〒	
電話番号	FAX番号

電話で予約日確定済  WEB予約で予約日確定済

予約日 月 日 時間 時 分

予約未確定 当院より患者さんへ連絡させていただき予約日を決めさせていただきます。  
特にご希望がない場合は、未記入で構いません。

受診希望日 月 日 【 】

〈 紹介患者情報 〉

フリガナ		旧姓	性別
患者氏名			男性 女性
生年月日	年 月 日 歳	連絡先	
住所	〒	連絡先①	
		連絡先②	
当院受診歴	有 : 診察券番号	その他	
	無		

〈 保険情報 〉 該当に○をしてください。

保険資格 あり	保険外診療	自費	・	労災	・	自賠責		生活保護
---------	-------	----	---	----	---	-----	--	------

- FAXは、24時間受信可能です。16時以降のお申込みは翌開庁日以降の対応とさせていただきます。
- 紹介患者FAX依頼票と診療情報提供書を一緒にFAXにてご送信ください。
- 当院では、個人情報保護法に基づき、診療および病院運営に必要な範囲で個人情報を利用します。取り扱いの詳細は院内掲示または当院ホームページの「個人情報保護方針」をご覧ください。