

FAX 0852-60-8080

業務時間以外は救急外来に転送になります

松江市立病院地域連携室行

松江市立病院

ご紹介患者予約 FAX 用紙

希望診療科

科

医師

受診希望日

① 年 月 日() 時頃

② 年 月 日() 時頃

③ 年 月 日() 時頃

紹介医療機関の所在地・名称
医療機関名

医師名

TEL

FAX

*緊急性がある場合は□にチェックをお願いします。 *患者は貴院でお待ちですか□はい□いいえ

紹介目的、主訴、傷病名など必ずご記入ください。(紹介状添付でも可)

□緊急性有り

*精神神経科・ペインクリニック科は外来で予約調整を致しますので、お返事に時間がかかります。
ご了承ください。

患者基本情報 必ずふりがなをご記入ください。

ふりがな		性別	松江市立病院 受診歴
患者氏名	旧姓()	男・女	□有・□無
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	TEL	
患者住所	〒		

保険情報

保険者証

保険者番号	
記号・番号	・
資格取得年月日 期限	
被保険者氏名	
被保険者との続柄	

前期高齢者受給証

負担割合	2割 3割
------	-------

後期高齢者医療被保険者証

保険者番号	
被保険者番号	
負担割合	1割 2割 3割

公費負担医療受給者証

公費負担者番号	
受給者番号	
有効期間	

・折り返し予約票をFAX致しますので、患者様にお渡し
いただきますようお願い致します。

・診療情報提供書は予定日までにFAXまたはまめネットで
送信ください。

・患者に紹介状・予約票をお渡しください。

松江市立病院
総合支援センター 地域連携室
TEL:0852-60-8082 FAX:0852-60-8080