

# 患者保険情報連絡票

FAX送信用 ①

令和 年 月 日

関西医科大学 附属病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生( 歳)
住所 〒 携帯番号： (SMS機能がない場合)メールアドレス：			関西医大受診歴：有・無・不明 有の場合 ID 番号 ( )

主訴および傷病名	ADL： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり→
<input type="checkbox"/> オンライン・セカンドオピニオン	
アレルギー <input type="checkbox"/> 薬物過敏 ( ) <input type="checkbox"/> 食物過敏 ( )	

受診希望日 第1希望 令和 年 月 日 ( )  
第2希望 令和 年 月 日 ( )

希望日なし 又は 不都合な日があればご記入ください。[ ]

予約取得に診療科への確認が必要な場合があります。翌日に受診希望の場合は、前日の16時30分までにご連絡くださいますようお願いいたします。

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも可)

**■被保険者証**

保険者番号									
記号	番号								
続柄	本人・家族								

**■公費負担医療受給者票**

負担者番号									
受給者番号									

&lt;諸法関係&gt;

労災(公災)、保護医療(福祉事務所名 )、交通事故・その他( )

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません (詳細は担当者にご相談ください)

地域医療連携部/受付時間 関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号

《受付》平日 8時30分~20時 土曜日 8時30分~12時30分

《休診日》日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始(12月29日~1月3日)

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

[地域医療連携部] 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861

関西医科大学附属病院地域医療連携部  
担当者 欄 (※記入しないでください)

総室	個室	即日入院	翌日入院	記入日時	記入者