平成　　年　　月　　日

紹介先医療機関名

東　北　厚　生　年　金　病　院　宛

ＦＡＸ　0120－25－9121

ＴＥＬ　022－388－9593(医療連携センター直通)

紹介元医療機関
の名称・所在地

科　　医師名　　印

先生　　ＴＥＬ

ＦＡＸ

診療希望日　(第一希望)　　月　　日　　曜日

(第二希望)　　月　　日　　曜日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>患者氏名 | 殿 | | 男・女 | 生年月日　明・大・昭・平　年　月　日　才 | |
| 電話 | 自宅　－　－ | | 勤務先名 | | |
| | 携帯　－　－ | | 電話 | －　－ | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 保険者番号 | | 本人・家族 | 公費番号 | | 一部負担金 |
| 記号・番号 | ・ | | 受給者番号 | | 1割・2割・3割 |
| 資格取得 | 年　月　日 | | 有効期限 | 年　月　日 | |
| 傷病名 | | | | | |
| 紹介目的 | | | | | |

(1)病歴　(2)現症　(3)検査結果　(4)現在の処方　(5)その他