

# 紹介患者連絡票

申込日：令和 年 月 日

紹介先	社会医療法人 北九州総合病院 〒802-8517 北九州市小倉北区東城野町1-1	紹介元	医療機関名	
	科		医師名	
	担当医		電話番号	
			FAX番号	

## 【受診情報】

受診希望日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 当日
傷病名		保険種別	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 生保
			<input type="checkbox"/> 事故	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 自費
			その他 ( )		

## 【患者さま情報】

ふりがな						性別	<input type="checkbox"/> 男
お名前							<input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	歳	
	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成					
	<input type="checkbox"/> 令和						
ご連絡先	( ) - -						

※ FAX時必要に応じて、内容等確認のお電話をさせていただいております。

## 【紹介患者さまに当日ご持参いただくもの】

■ 紹介状（診療情報提供書）	■ 健康保険証・公費医療証
■ 当院の診察券（お持ちの方のみ）	■ お薬手帳

【お問い合わせ先】 患者支援センター 地域医療連携室  
受付時間： 平日 8:30～17:00

※受付時間外の救急紹介のお電話は、直接医師におつなぎいたします。上記時間内の救急のご連絡・お問合せ等は、地域医療連携室をご利用ください。

TEL : 0120-86-4199 (地域医療連携室 直通電話)
TEL : 093-921-0560 (代表電話)
FAX : 093-921-1450 (地域医療連携室 直通FAX)