（医科専用） 歯科の場合は歯科口腔外科専用をご使用ください。

国保水俣市立総合医療センター　患者紹介ファックス送信票

送信先ＦＡＸ番号　０９６６－６３－２１６７

ふりがな		性別	生　年　月　日
患者様氏名		男・女	（明・大・昭・平・令）　年　月　日

受診希望科	科　医師			担当医への連絡	有　・　無
緊　急　性	有　・　無	ご来院希望日	月　日（　）曜日	当院受診歴	有　・　無
ご来院確定日時	月　日（　）曜日　時　分 頃			来院方法	救急車　・　その他

くまもとメディカルネットワークへの登録　（ 有　・　無　・　手続中 ）		**くまもとメディカル連携機関の場合は必ず記入願います。**
紹介状の電子的送信（ 有　・　無 ）	**検査・画像データ（ 有　・　無 ）**	

※くまもとメディカルネットワークに記入が無い場合は、登録無しとして処理致しますのでご了承下さい。

ご紹介元　医療機関名		医師氏名	
電話番号	ー　ー	ＦＡＸ番号	ー　ー

《患　者　様　情　報》

ご　住　所	熊本 鹿児島　県　市・郡　町・村 （　）					
連絡（本人）	自宅TEL	ー　ー	その他TEL	ー　ー		
入院の有無	現在【入院中　・　入院していない】※入院中の場合は以下について必ず○印を付けてください。 ○病棟：　・一般病棟（DPC算定病棟・出来高病棟）　・包括病棟等 ・介護病棟　・介護医療院 ○入院料の控除の有無　（ 有　・　無 ） ○介護給付調整の有無　（ 有　・　無 ） ※　全額自費にて貴院請求を希望される場合はその都度文章を提出してください。					
保　険　証（　割）	種別	社保・国保・その他	保険者番号		被保険者名	
	記号		番号		区分	本人　・　家族
	資格取得：（昭・平・令）　年　月　日　有効期限：令和　年　月　日					
公　費　水俣病	公費番号　受給者番号					
	資格取得日：平成　年　月　日　有効期限：令和　年　月　日まで					
公　費　その他	公費番号　受給者番号					
	資格取得日：平・令　年　月　日　有効期限：令和　年　月　日まで					
	公費番号　受給者番号					
	資格取得日：平・令　年　月　日　有効期限：令和　年　月　日まで					
生活保護	福祉事務所へ連絡の有無（ 有　・　無 ）　無しの場合は必ず該当福祉事務所へ連絡して下さい。					
備　考	※その他連絡事項等ありましたらご記入ください。					

※記入漏れがあると電算入力の都合上、受付できませんのでよろしくお願い致します。
※保険情報については保険証・各種受給者証のコピーを添付されると上記への記入は不要です。