

患者様持参票
紹介患者事前受付用(FAX用紙)
FAX 03-5232-0260

〈夜間・休日の
救急外来診療は除く〉

西暦 年 月 日

東京都済生会中央病院

所在地：〒

科

先生

医療機関名：

医師氏名：

受診予定日 平成 年 月 日()

TEL：

検査名

FAX：

検査日 平成 年 月 日() 時 分

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
患者氏名	年 齢	才	男・女
住 所	〒		
T E L	当院受診歴 有・無 (有の場合診察券患者No)		
勤 務 先	名称	TEL	
	住所		

●FAXは前日午後1時まで、土曜日は午前11時までにお問い合わせをお願いします。

(前日が日曜日、祝日の場合は除きます)

上記の時間が過ぎてしまった場合、受診予定日が未定の場合、カルテの事前準備はいたしかねますのでFAXは不要です。

●記入事項不足、不明な点があった場合、カルテの事前準備が出来ないことがありますがお容赦願います。

なお、その際は当日受付で急ぎ作成いたします。

被保険者証	*記号		*番号		
	*保険者番号				
	*被保険者氏名				*続柄 (本人・家族)
	*資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日	
	事業所名称	*は必ずご記入下さい。			

老人/公費負担者番号		高齢受給者証 (70才以上)	1割・2割
老人/公費負担医療の受給者番号		1割・2割	
取 得 日	年 月 日	有効期限	年 月 日
公費対象疾患			

*ご来院の際は①新患者・紹介患者受付窓口にて《患者様持参票》をお出し下さい。

(事前にカルテを作成してお待ちしております。)

*当日お持ち頂くもの

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 《患者様持参票》(本書) | <input type="checkbox"/> 検査伝票 (検査来院時) |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証・その他各種保険証 (保険適用の場合) | <input type="checkbox"/> 診察カード (済生会診察券お持ちの方) |
| <input type="checkbox"/> レントゲンフィルム、検査結果等 (必要な場合のみ) | |
| <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (紹介状) | |

*来院できなかった場合には、病診連携室までご連絡下さい。

*お問い合わせ・連絡先：東京都済生会中央病院 病診連携室 TEL. 03-3451-8211 (内線 3350・3351)