

年 月 日

紹介先

東京都済生会中央病院

〒108-0073 東京都港区三田1-4-17

TEL:03-3451-8211(代表) FAX:03-5232-0260

患者支援センター(地域連携室) 内線 5163・5164

# 紹介患者事前受付用(FAX用紙)

予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

(済生会中央病院 ID )	
フリガナ	
氏名	殿 男・女
生年月日	
T・S・H・R	年 月 日 才

ご依頼元医療機関名	
診療科名・ご担当医師名	
科	先生
ご連絡先電話番号	
-	-

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		T E L
	住所		

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	

後期高齢者 / 公費負担番号		高齢受給者証 (70歳以上) 1・2・3割
後期高齢者 / 公費負担医療受給者番号		1・3割
資 格 取 得 日	年 月 日	
有 効 期 限	年 月 日	
公費対象疾患		