

紹介 F A X 用紙

いづろ今村病院 地域連携室行 FAX:099-226-2181

〔紹介先〕

鹿児島市堀江町17-1

いづろ今村病院

科

先生

〔紹介元〕

医療機関名称

所在地

電話番号

F A X 番号

医師名

入院

・ 予定日 月 日 時頃 緊急（有・無）
外来受診

フリガナ
患者氏名

様（男・女） M・T・S・H 年 月 日（ 歳）

住所

TEL

上記の方について宜しくお願いします。

公費負担番号									
受給者番号									
一部負担金の割合								割	

保険者番号									
記号・番号									
有効期限									

通信欄

病院代表 TEL : 099-226-2600
地域連携室 TEL : 099-226-2180

* お願い

F A X 送信にあたりまして、患者様の同意（不可能な場合は御家族）を得てくださいますようお願い申し上げます。なお、同意が得られなかった場合は、患者様氏名と受診・入院日のみご記入いただき F A X をお願い致します。

患者様同意確認（済・未）