（紹介元医療機関控）③

紹介患者事前受付用連絡票［ファクシミリ用］

平成　　年　　月　　日

昭和大学病院　　ＦＡＸ ０３－３７８４－８８２２
医療連携室　行

＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿先生
＊午後診察の場合は必ずご連絡下さい。

受診日＿＿年＿＿月＿＿日＿＿：＿＿時

昭和大学病院への受診歴〔有（　　年　　月頃）・無〕

ＩＤNo.
＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿ ＿

貴院の名称
所在地
医師名
ＴＥＬ（＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿）
ＦＡＸ（＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿）

お名前	フリガナ (姓)	(名)	性別	0：男 1：女	生年月日	1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成 年 月 日 歳
ご住所	〒□□□-□□□□	自宅電話	(　　) －		携帯電話	(　　) －
	フリガナ 都道府県　市区町村					
保険証	記号		被保険者から見たあなた様のご関係	本人・家族（続柄　　）		
	番号		被保険者氏名（家族に○をされた方はご記入下さい）	フリガナ (姓)	(名)	
	保険者番号					
	資格日	昭和 平成 年 月 日	交付日	平成 年 月 日	負担割合	3割・2割・1割	任継終了日	平成 年 月 日
その他の保険	負担者番号		負担限度額	外来	円	対象疾病	
	受給者番号			入院	円		
	資格日	昭和 平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日	交付日	平成 年 月 日	負担割合	割

紹介される先生方へのお願い

- ご希望の受診日時を記入して、本用紙をFAXしてください。
  - ・ご希望の日時に予約をお取りできた場合は、当院からの連絡は省かせていただきます。
  - ・ご希望の日時に予約をお取りできなかった場合のみ、患者さんと直接他の日時をご相談させていただきます。
- お電話にてご連絡いただいた場合でも、予約をお取りすることができます。
- 上記太枠内が、保険証の内容と同じであれば保険証のコピーでも結構です。
- 氏名には必ず**保険証と同じフリガナ**をお願い致します。（カルテ作成上必要です）
- **緊急患者についてはお電話にてご連絡ください。**
  - ・**時間内**(8:30～17:00)：医療連携室　　TEL０３－３７８４－８４００
  - ・**時間外**(月曜日～金曜日 17:00以降明朝8:30　土曜日 13:00以降明朝8:30)
    ：救急センター　TEL０３－３７８４－８４３７
- 医療連携室業務時間　：　平　日　　８：３０～１７：００
  土曜日　　８：３０～１３：００
- 休　診　日　　：　日曜日、祝日、年末年始、創立記念日（１１月１５日）
- ＦＡＸにつきましては、**診察日前日の１５：００まで**にお願い致します。

15：00以降の場合は、翌日の診療時間指定予約をお取りすることが出来ませんので、あらかじめご了承下さい。

FAXは、24時間受け付けております

◆ 医療連携室　TEL０３－３７８４－８４００
- ●昭和大学病院（中央棟）正面入口奥の紹介患者受付です。
- ●昭和大学病院附属東病院(眼科、皮膚科、精神神経科、神経内科、糖尿病・代謝・内分泌内科、麻酔科(ペインクリニック))
  受診の患者さんは、昭和大学病院附属東病院正面入り口奥の初診受付です。