

紹介患者事前受付連絡票〔ファクシミリ用〕

平成 年 月 日

昭和大学歯科病院

F A X 0 3 - 5498-1954

地域歯科医療連携室 行

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|---|------------|-----------|---------------------|---------|----------|----------|--------------|----|-------|
| _____科 _____先生 受診日 年 月 日 : 時 昭和大学歯科病院の受診歴〔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 | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成 | | | | | | |
| | (姓) | | | | (名) | 年 月 日 歳 | | | | | |
| ご住所 | 〒 - | 自宅電話 () - | 携帯電話 () - | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | | 都 道 | 市 区 | | | | | | | | |
| | | 府 県 | 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 方はご記入ください) | | フリガナ | | | | | | | |
| | 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 疾患 | | | | |
| | 受給者 番号 | | | 入院 | 円 | | | | | | |
| | 資格日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | 交付日 | 平成 | 年 月 日 | | | | | |
| | 有効期限 | 平成 | 年 月 日 | 負担割合 | 割 | | | | | | |

紹介される先生方へのお願い

- 事前に電話にて日時のご予約をお取りください。
この連絡票をFAXしていただいた場合は、事前にカルテの準備をしておきますので、患者来院時の手続きがスムーズに行えます。
- 地域歯科医療連携室業務時間 平日 8:30~17:00
土曜日 8:30~13:00
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、事前準備が出来ないことがありますので、あらかじめご了承ください。
- ◆ 地域歯科医療連携 TEL 03-5498-1954