

紹介患者事前受付用連絡票 [ファクシミリ用]

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ください。 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 _____	性	0 : 男	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳	
	(姓) _____	(名) _____	別	1 : 女		
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 _____			(姓) _____ ;	(名) _____	
	資格日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	交付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	負担割合 _____	3割・2割・1割	任継了日 _____ 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日	有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日	交付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	負担割合 _____	

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。
- 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 TEL 03-3784-8400
 - ・ 時間外(月曜日~土曜日 17:00以降明朝8:30) ※時間外は救急センターに転送されます。
- 医療連携室業務時間 : 平日 8:30~18:00
土曜日 8:30~17:00
- 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までにお問い合わせ致します。
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、あらかじめご了承ください。
FAXは、24時間受け付けております。
- 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、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。