

患者保険情報連絡票

FAX送信用①

年 月 日

昭和医科大学藤が丘病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ	生 年 月 日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成・令和
男・女	年 月 日生まれ（ 歳）
住所 〒	電話番号（ ）
主訴および傷病名	
紹介目的に○を付けて下さい 精査・加療・入院・転院・手術・その他	

※ 以下の項目を記入の際には、この用紙①を剥がしてご記入下さい。

受診日	年 月 日（ ）	午前・午後 :
昭和医科大学藤が丘病院受診歴	無・有	科 年頃 旧姓（ ）
☐ FAX予約希望	☐ TELにて連絡済み	☐ 患者様より直接予約連絡
※受診当日マイナンバーカード、公費負担医療受給者証等をお持ちの方は必ずご持参下さい。		
保険負担割合：1割 2割 3割 (おわかりになる範囲でご記入下さい。)		

昭和医科大学藤が丘病院 〒227-8501 神奈川県横浜市青葉区藤が丘1丁目30番地
地域医療連携室 FAX 045-974-4325