様式第１号　　　　**九州労災病院 　患者情報書(事前申込)**

申込日：令和　　　　年　　 　月　　　 日

地域医療連携室　行　（**ＦＡＸ**　**０９３-４７３-５９０３）**

※保険情報は保険証をFAXしていただいても結構です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 連絡先電話番号（自・勤・呼・携） | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  | 公費負担者  番号 | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 記号・番号 | **・** | | | | | | |  | | 公費負担医療の受給者番号 | | | （患者負担　　　　　　　　割） | | | | | | | | | | | |
| **□本人　　　□家族　　　（患者負担** | | | | | | | | **割）** | |
| 資格取得　　　　　　　年　　　　月　　　　日  有効期限　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | 資格取得　　　　　　　年　　　　月　　　　日  有効期限　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受診希望科** | 科 | | | | | | | | | | **希望担当医師** | | |  | | | | 先生 | | | | | | |
| 月 　　日（　　曜日）　 　時 　分 | | | | | | | | | | 九州労災病院受　診　歴 | | | 無・有（　　　　　年　　　月頃  科を受診） | | | | | | | | | | |
| **予　約**　（　　済　　・　　未　　） | | | | | | | | | |
| 紹介目的 | 診断 ・ 治療 ・ 検査 ・ 入院 ・ その他（　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紹介元医療機関  住　　　所 | | |  | | | | | | | | | | | | | ＴＥＬ  ＦＡＸ | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊ 時間外・休日受信分は翌日ご報告させていただきます。

　　注意事項

＊この用紙は診療情報提供書ではありませんので、保険請求はできません。

＊救急患者受入依頼の場合は、この用紙はご利用できませんのでご注意ください。

＊時間外・休診日の救急依頼は直接病院へご連絡ください。

◎受診当日は患者さんに保険証・紹介状・お薬手帳を持参くださるようお伝え願います。