

# 患者情報連絡表(FAX用)

平成 年 月 日

よつば循環器科クリニック

循環器内科・心臓血管外科

先生

紹介元医療機関の名称

医療機関名

電話

担当医師氏名

FAX

よつば循環器科クリニックの診察NO.		* 診察券をお持ちであればご記入願います。	
フリガナ	男 ・ 女	生年月日	
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
住所 〒			
電話番号			

希望の検査	心エコー検査	MDCT検査 (心臓・胸腹部大動脈・下肢動脈)	カテーテル検査・治療
-------	--------	----------------------------	------------

受診希望日	月 日 ( ) いつでも可
-------	------------------

## 保険情報

\* 保険証・保険登録のコピーまたは下記に記入をお願いいたします。

### ◇ 被保険者番証

保険者番号	
記号・番号	
資格取得日	
有効期限	
被保険者氏名	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族
負担割合	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 割

### ◇ 公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	~

## 医療連携室/受付時間

《受付》平日 9:00~18:00  
土曜日 9:00~12:00

《休診日》日曜・祝日・土曜午後・夏季休暇・年末年始

医療連携室

電話/FAX 089-965-4280

## 《お願い》

- ◇ お申し込みは「患者情報連絡表」及び「診療情報提供書」をFAX送信お願いいたします。  
受診希望日に予約をお取りし、当方より「診療予約表」をFAXにて返信させていただきます。  
患者様へは当日、「診療予約表」及び「診療情報提供書」をご持参いただくようお願い申し上げます。
- ◇ ご不明な点がございましたらご連絡お願いいたします。