

# 患者様 基本情報 送信用紙

堀川病院では患者様をご紹介いただく際、診療がスムーズに実施できるよう事前に基本情報の送信をお願いしております。(診療情報提供書は別にご記入ください。)  
項目 (①~⑧) にご記入いただき下記宛に送信していただきますようお願い申し上げます。

堀川病院 地域医療連携室 宛  
FAX (075)417-3766

送信日: 年 月 日

本紙含む送信枚数 合計( )枚

① 来院(入院)予定日 年 月 日  紹介入院

② 受託検査	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 造影検査	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 内視鏡
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )

③ 紹介外来	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 眼科
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )

医師名(ご指名があればご記入ください)

④ 病名	⑤ 紹介目的
------	--------

⑥ 病院への連絡事項
------------

⑦ 患者様基本情報 (差し支えがなければ、貴院のカルテコピーを送信いただいても結構です。)

フリガナ	性別	生年月日
氏名 様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生

住所 〒 -	TEL ( ) -
--------	-----------

※堀川病院で受診歴があり、IDコードのわかる方は下記にご記入ください。

IDコード
-------

⑧ 保険情報 (コピーを送付いただいても結構です)

保険者番号	
記号・番号	
本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
資格取得日	年 月 日
交付年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日

公費番号 1	
受給者番号	
有効期限	年 月 日

公費番号 2	
受給者番号	
有効期限	年 月 日

※ 前期・後期高齢者等負担割合  1割  3割  
※ 重障老人  有  無

・紹介元医療機関名(住所・TEL・FAX)
・医師名
・その他

(恐れ入りますが、コピーのうえご使用ください。)