

令和 年 月 日

医療法人社団ひかり会
 木村眼科内科病院 地域医療連携室宛
 電話番号 0823-26-2711
 FAX 番号 0823-26-2718

貴施設名
 医師名

■ 患者紹介連絡票										
ふりがな 氏名			男	保険者番号						
			女	記号番号						
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日			被保険者 世帯主氏名						
住所	〒			資格取得日	昭・平 年 月 日					
				続柄	負担割合 1 ・ 2 ・ 3 割					
電話番号	()			第1 公費番号						
	携帯電話 ()									
当院の 受診歴	・ある () 頃)			第2 公費番号						
	・なし									

希望医師	・ 外来担当医	至急 ・ 通常
------	---------	---------

■ 紹介目的・依頼内容 (散瞳歴 有・無)