**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** | **（　　　　）****携帯電話****（　　　　）** | **第1****公費番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **当院の受診歴** | **・ある（　　　　　頃）****・なし** | **第2****公費番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 ）**

 |