



F A X 診療受付票

(FAX 番号 097-537-5236)

平成 年 月 日

社会医療法人恵愛会 大分中村病院

紹介医	
医療機関名	
所在地	
T E L	
F A X	
紹介医師名	

紹介先診療科

紹介先医師名

※診療科だけでも構いません

担当医師への連絡 済 未

救急車の利用 有 無

来院予定日 平成 年 月 日
(時 分頃)

※診療日は別紙予定表をご覧ください

<患者さま情報>

フリガナ		性別		(〒 -)
患者氏名		男・女	住所	
生年月日	明・大 昭・平 年 月 日	連絡先	() -	

<保険情報> 社保 国保 後期高齢 その他 ()

保険者番号		公費 1	
記号・番号		公費 2	
被保険者との続柄	本人・家族	負担割合	0・1・2・3割

※保険証のコピーを送っていただく場合は不要です

傷病名	
紹介目的 (簡単にご記入下さい)	

<お持ち頂くもの>

- ① 保険証 ② 各種お手持ちの受給者証等 ③ 紹介状 (診療情報提供書)

※ご来院の際は新患受付にお申し出下さい。カルテを作成しお待ちしております。



One to One
人から人へ
医療による社会貢献

お問合せ先

社会医療法人恵愛会 大分中村病院

〒870-0022 大分市大手町3丁目2番43号

TEL 097-536-5050 (代) FAX 097-514-5061 (代)

◎地域医療連携課

TEL 097-537-5153(直)

FAX 097-537-5236(直)