

大分市医師会立アルメイダ病院

令和 年 月 日

科 担当医

先生

紹介元医療機関の  
所在地及び名称

T E L

—

医師氏名

⑩

フリガナ		住所
患者氏名	(男・女)	TEL (自宅) — —
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	(携帯) — —

保険区分	社保(本人・家族) 国保(本人・家族) 高齢( 割) 後高齢( 割) その他( )		
保険者番号		記号・番号	
公費番号		受給者番号	

※保険証の記号番号等を記入してください。ただし保険証のコピーを送っていただく場合は記入不要です。

紹介的 (貴院検査結果などを 簡単にご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 入院治療依頼 ※(入院依頼につきましては、事前に担当医師へご連絡をお願い致します)		
	<input type="checkbox"/> 外来診療依頼 <input type="checkbox"/> 外来検査依頼 造影CT <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	来院予定日 令和 年 月 日		
担当医師への連絡	済・未	来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 当院送迎車 ( )ストレッチャー ( )車イス ( )独歩 <input type="checkbox"/> 自家用車等
主訴又は病名			

ご紹介の詳細な内容はNo.2(次のページ)にご記入ください。

No.1、No.3用紙をFAXしていただくと、事前にカルテを作成し来院をお待ちすることが出来ます。

No.2用紙の診療情報提供書、保険証、医療証(お持ちの方のみ)を患者様の来院時にはご持参ください。

No.3用紙は貴院の控えとして御使用ください。

No.4用紙にアルメイダ病院へのアクセスを添付しておりますので、患者様へのご案内などにご利用ください。

※放射線科及び生理検査の依頼は直接ご予約頂いた後、No.1、No.3用紙をFAXください。

放射線科(内線1180・1181) 生理検査(内線1161)

連絡先

大分市医師会立アルメイダ病院  
医療連携室 予約センター

FAX 097-569-3316

TEL 097-569-3121(代) 内線 1825・1826

TEL 097-504-7550(直通)

■対応時間 8時30分～17時(月～金曜日)

■時間外受付

時間外・休日の場合は下記へご連絡願います。  
宿日直が対応いたします。

TEL 097-569-3121(代)

FAX 097-569-3316