

紹介患者事前受付用FAX用紙(診療情報提供書兼用)

安来市立病院 地域連携室 行	
電 話	0854-32-2333
F A X	0854-32-2335



紹介元医療機関名	
科	医師名
電話番号	() -
FAX番号	() -

本人 家族

保険者番号							
記号・番号							
負担割合	1 割 ・ 3 割						

公費負担のある方	
負担者番号	
受給者番号	

診療情報提供書

令和 年 月 日

フリガナ		性別	満年齢	電 話
患者氏名		男・女	満 才 () -	
生年月日	明・大 年 月 日 昭・平	住所		
受診希望日	第1希望日	年 月 日 ()	時 分頃	
	第2希望日	年 月 日 ()	時 分頃	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察・加療 <input type="checkbox"/> 入院加療 <input type="checkbox"/> その他()			医師
	診療科	科		

【依頼内容】(診療情報提供書)	
傷病名	既往歴・家族歴
症状経過・検査結果・治療経過	
現在の処方	
その他	
	医療機関名
	医師名

折返し、『紹介患者予約受付票』をFAX致しますので、患者様にお渡しいたきますようお願い致します。