安来市立病院　地域連携室行　　（様式1-②）

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　　平成　　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 昭・平　　年　　月　　日	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	□ 診察・加療　□ 入院加療　□ その他（　　） 診療科　　科　　医師			

【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だきますようお願い致します。