

受診申込書 兼 診療情報提供書 (一般診療用)

FAX送信先：地域医療支援センター 医療連携室 0172-59-1631

FAX送信日：平成 年 月 日

【紹介元登録医療機関・医師名】

医療機関名		医師名	科	先生
-------	--	-----	---	----

【患者さんの情報】

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
お名前	様(男・女)		
住所	〒 -		
電話番号	- -	当院受診歴	無・有(平成 年頃 科)

【診療希望内容】

希望診療科 及び担当医	科	先生
診察希望日	無・有(平成 年 月 日)	
傷病名		
紹介目的等	<既往歴、家族歴、病状経過、検査結果、治療経過、処方内容等>	
書ききれない場合は、別紙にご記入のうえ送信ください (様式不問)		
持参資料	無・有(画像フィルム、心電図、各種検査結果、その他_____)	

*本状のFAX送信をお願いいたします。

*予定された診察日等は、FAX送信による「来院案内書(一般診療用)」でご報告いたします。

*来院予定の日に希望された医師が急に診療ができなくなった場合には、他の医師による診察が行われることがありますので、ご了承のほどお願いいたします。