

受診申込書 兼 診療情報提供書 (救急患者用)

(救急患者の場合は、担当医に連絡してから本状のFAX送信をお願いいたします)

電話連絡先：0172-52-2121 (代表)

FAX送信先：平日の日中 0172-59-1631 (地域医療支援センター 医療連携室)
夜間・休日 0172-53-2199 (守衛室)

< 連絡日時 平成 年 月 日 時 分 >

【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)

【連絡診療科と担当医】

連絡診療科 及び担当医	科	先生
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・各種検査結果等)	

*本状をFAX送信して下さるようお願いいたします。可能であれば、より詳細な診療情報提供書をFAX送信するか患者持参をお願いいたします。