

FAX送信日：令和 年 月 日

医療機関名		医 師 名	科	先生
-------	--	-------	---	----

フリガナ			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
お名前	様 (男 ・ 女)			
住 所	〒 ー			
電話番号	ー ー	当院受診歴	無 ・ 有 (年頃 科)	
海外渡航歴	国名・帰国日 無 ・ 有 ()	県外への 移動歴	都道府県名・帰省日 無 ・ 有 ()	

希望診療科 及び担当医	科	先生
診察希望日	無 ・ 有（令和 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_____ ）	

*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。