

診療情報提供書 兼 診療予約依頼書 (FAX専用)

年 月 日

<<紹介元医療機関>> 名称 医師名 所在地 TEL FAX



大和高田市立病院 地域医療連携センター TEL 0745-53-7188(直通) 【受付時間 平日8:30~16:30】 FAX 0745-52-4428 【FAXは24時間受付可能】

★別途診療情報提供書の添付がある場合は→こちらの太枠内のみ記入をお願いします。

フリガナ		性別	生年月日	当院への受診歴
患者氏名		男・女	(明・大・昭・平・令) 年 月 日	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
患者住所	〒			電話番号
希望診療科	() -			
※希望科に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 腎臓内科
	<input type="checkbox"/> 腎臓内科・膠原病	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸外来	<input type="checkbox"/> 緩和ケア外来科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/> 一般外科	<input type="checkbox"/> 大腸・肛門・ストーマ外科	<input type="checkbox"/> 肝臓・胆嚢・膵臓外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科
	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤外来	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
	<input type="checkbox"/> 眼科			
受診に関するご要望	※希望の担当医 希望なし	※ <input type="checkbox"/> 希望する日や曜日 <input type="checkbox"/> 不都合な日や曜日		
主訴・傷病名				
紹介目的				
緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
貴院での状況	<input type="checkbox"/> 貴院で待機中 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院後受診(退院日 月			
持参資料	X線・CT・MRI・内視鏡・超音波・心電図・検査データ・病理プレパラート			

経過 検査結果 処方等	<input type="checkbox"/> 紹介状の送信が後日となる場合は口部分に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いいたします。 ※別途診療情報提供書を添付される場合は記入不要です。紹介状の提供が後日となる場合は、診察日の3日前にいただきますようお願いいたします。
-------------------	--