

紹介患者依頼票

(様式1)

平成 年 月 日

(紹介先)

(紹介元)

医療機関名

蒲郡市民病院 _____ 科

担当医 担当医 _____ 先生 希望

担当医は病院の診療体制にゆだねる

医師名

診療希望日 年 月 日 希望

電話番号

診療日は病院の診療体制にゆだねる

FAX番号

至急*○で囲む 救急車 使用する 使用しない

紹介目的 診察 入院 問い合わせ その他()

検査 *以下、詳細は病診連携室 (0533-66-2307) にご確認ください。

CT (読影 あり なし) MRI (読影 あり なし)

その他()

★ 部位記入欄【 】

受診歴 無 有 (受診科: _____, 年 月頃, ID番号(診察券番号): _____) 不明

フリガナ		男	現住所	
氏名 (旧姓)	()	女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		電話番号	
保険者番号		公費負担者番号		
記号		受給者番号		
番号		公費種別	前期 特疾 子ども 障害者 母子 その他	
被保険者氏名	本人・家族		後期・前期高齢受給者の負担割合	割

診療情報提供書 (依頼事項等)

主訴又は診断:

依頼目的等:

入院の場合には

開放病床 一般病床

現在の処方:

薬剤アレルギー: 無・有() 妊娠: 無・有()

別紙: 無・有(追加文書 枚)(患者持参・別途送付)

検査結果: 無・有(患者持参・別途送付)

フィルム: _____ 枚, CD: _____ 枚, DVD: _____ 枚, その他: _____ 枚 (患者持参・別途送付)

蒲郡市民病院地域医療連携室 (TEL:0533-66-2307 FAX:0533-66-2308)

紹介患者依頼票

(様式1)

診療情報提供書(依頼事項等) 続紙

主訴又は診断:

依頼目的等:

(患者氏名 _____)