

予約申込書・診療情報提供書

平成 年 月 日

〒057-0007 浦河郡浦河町東町ちのみ1丁目2番1号

依頼医療機関



浦河赤十字病院
地域医療連携課 宛

← 所在地

名称

FAX:0146-22-5364 TEL:0146-22-5111
内線283

TEL () FAX ()

医師名

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平)	年	月	日生(歳)
患者様氏名	様 男・女	住所		
		電話 () -		

受診希望日時	第1希望	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分頃
	第2希望	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分頃

希望受診科	
-------	--

希望医師名	
-------	--

主病名	
-----	--

症状経過 治療経過 現在の処方等	-----

保険情報	保険者番号・記号・番号	本人・家族	公費種別・受給者番号

患者様の状況	① 貴医療機関でFAXの返信待ち。	② 帰宅済み。
	③ その他()	

※紹介元医療機関より地域医療連携課に電話連絡(受診希望日の、前日12時まで)
 ※緊急の場合は当日受付も可能です。ご相談下さい。
 ※紹介患者の画像情報については、可能な限りCD-Rに記録にて提供していただきたくよろしくお願い致します。