

(別紙1)

杉田玄白記念公立小浜病院地域連携室 御中

FAX 0770-52-1152

診療依頼票 (FAX送信票)

年 月 日

紹介元	所在地			FAX(- -)		
	医療機関					
診療依頼	医師氏名					
	連絡先					
	診療科	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 診療科指定	科		
	担当医	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 医師指定	医師		
	診察希望日	令和 年 月 日 ()				
	紹介目的					
	緊急性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			

患者基本情報

事前に診療録の準備をさせていただきますので、保険情報または保険証のコピーをお願い致します。

フリガナ		性別	被保険者氏名	続柄																
患者氏名		男・女																		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)																			
住所	〒																			
電話番号	TEL(- -)																			
保険情報	保険者番号																			
	記号																			
	番号																			
	資格取得	昭・平・令	年	月	日	公費														
本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号_____)																			

※紹介患者様の個人情報提供についての同意を得ています。