

(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		
	医療機関		
紹介元	医師氏名		
	連絡先 FAX ( - - )		
診療依頼	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		
	入院依頼	<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		公費	
	記号		番号	
	番号		福祉	
	資格取得	昭・平・令 年 月 日	医療	
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。