

診療依頼書（FAX送信票）

市立野洲病院 地域医療連携課 宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関名・医師名	
TEL	— —
FAX	— —

診察

診療科	診察をご希望の科に☑をつけてください					
	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	
	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科			
希望日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()					
	受診希望医師名(特に指定される場合): 医師					
紹介目的	傷病名(症状)					

* 診察2日前までに診療情報提供書のFAXをお願いいたします。

患者情報																	
フリガナ	性別																
患者氏名	男・女																
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)																
住所	〒 —																
電話番号	— —																
保険情報	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">保険者番号</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;">公費番号</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>記号</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>番号</td> <td></td> <td>福祉番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>資格取得日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	保険者番号		公費番号		記号				番号		福祉番号		資格取得日			
	保険者番号		公費番号														
	記号																
	番号		福祉番号														
資格取得日																	
* 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 認定済(要支援1・要支援2・要介護(1・2・3・4・5)) <input type="checkbox"/> 未認定																	

[受付時間] 平日(月～金) 8時30分～17時まで
◆ご不明な点は地域医療連携課までお問い合わせください。

市立野洲病院
地域医療連携課
TEL:077-587-4432 / FAX:077-587-4437

2022.4