診療依頼書（ＦＡＸ送信票）

市立野洲病院　患者サポートセンター　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					
	☐ 消化器内科	☐ 循環器内科	☐ 糖尿病内科	☐ 呼吸器内科	☐ 脳神経内科	
	☐ 外　科	☐ 脳神経外科	☐ 小児科	☐ 整形外科		
	☐ 泌尿器科	☐ 産婦人科	☐ 眼科	☐ 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	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　☐認定済（要支援1・要支援2・要介護（1・2・3・4・5）　☐未認定				

［受付時間］　平日（月～金）　8時30分～17時まで
◆ご不明な点は患者サポートセンターまでお問い合わせください。

市立野洲病院
患者サポートセンター
TEL：077-587-4432 ／ FAX：077-587-4437

2023.11

医療機関 →市立野洲病院