

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

【紹介元医療機関情報】

医療機関名	
診療科・医師名	科 . TEL - -
	FAX - -

【診療依頼】

希望診療科	科	希望医師名	医師	<input type="checkbox"/> 事前連絡済 (医師)
希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日	<input type="checkbox"/> 希望日無し <input type="checkbox"/> 早期希望
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。 * 本日中の受診を希望される場合は、直通の電話番号へご連絡ください。			

【患者情報】

フリガナ		性別		
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)			
住所	〒 -			
電話番号		携帯電話		
保険情報	保険者番号		公費番号	
	記号・番号			
	資格取得日	年 月 日	福祉番号	
	有効期限	令和 年 月 日		
* 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 認定済 () <input type="checkbox"/> 未認定				

【問い合わせ先】

市立野洲病院 患者サポートセンター

◆ご不明な点等ございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

【受付時間】 平日(月～金) 8:00～17:00

TEL 077-587-4432(直通)

077-587-1332(代表)

FAX 077-587-4437

2024.4