

診療依頼書 (FAX送信票)

野洲病院 医療支援課 宛

平成 年 月 日

紹介元医療機関名・医師名	
TEL	— —
FAX	— —

診察

	診察をご希望の科に☑をつけてください					
診療科	<input type="checkbox"/> 一般内科	<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"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 物忘れ外来	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<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"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	
	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 女性内科外来	<input type="checkbox"/> ペインクリニック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	明・大・昭・平 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 <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 土曜日 8時30分~12時まで

特定医療法人 社団 御上会 野洲病院
 医療支援課
 TEL:077-587-4432 / FAX:077-587-4437