

診療情報提供書(FAX事前予約用)

平成 年 月 日

公立豊岡病院 医療連携室 行

紹介元医療機関

FAX 0796-22-6135

施設名：

診療科：

医師名：

FAX：

下記のとおり依頼します。

フリガナ 患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
住 所	〒 TEL() -		
希 望 医 師 (紹介先医師)	科 _____ 医 師・担当医	診察希望日 第1希望 H 年 月 日 第2希望 H 年 月 日 その他 ()	
紹介目的 及び 依頼内容			

※ 折り返し、FAXにて「予約表」を返信させていただきます。

なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受付は、翌日(土・日・祝祭日の場合は、休日明け)返信とさせていただきます。

※ FAXでの当日紹介予約は受付できません。

※ 来院の際には、必ず「保険証・医療受給証」、「診察カード(当院の受診歴のある方)」、「予約表」、「診療情報提供書(紹介状)」を持参の上、直接、当院の紹介受付にお越しくさるようお伝えください。

医療連携室 業務時間 平日8:30~17:15

TEL 0796-22-6111

FAX 0796-22-6135

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関

公立豊岡病院

紹介元医療機関

施設名:

診療科:

医師名:

FAX:

印

フリガナ 患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
住 所	〒 TEL() -		
希 望 医 師 (紹介先医師)	科 _____ 医師・担当医	診察希望日 第1希望 H 年 月 日 第2希望 H 年 月 日 その他 ()	
紹介目的 及び 依頼内容			

病 名 病 状 経 過 既 往 歴	
現在の処方	薬剤アレルギー(有・無……)

資料持参(有・無……レントゲンフィルム・心電図・検査記録)