

診療情報提供書（FAX事前予約用）

令和 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		フリガナ 旧姓		明・大・昭・平・令 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 R 年 月 日 第2希望 R 年 月 日 その他 ()		
紹介目的 及び 依頼内容					

※ 折り返し、FAXにて「予約票」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）」、「予約票」、「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

令和 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：

F A X：

㊞

フリガナ 患者氏名		明・大・昭・平・令 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 R 年 月 日 第2希望 R 年 月 日 その他 ()	
紹介目的 及び 依頼内容			

病 名 症 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)