

紹介患者様事前受付用紙 兼 診療情報提供書

年 月 日

三豊総合病院
地域医療連携室
(FAX先 0875-56-3306)
(TEL 0875-56-3305)

紹介元医療機関

医師名
電話番号
FAX番号



科

先生

ふりがな	性別(男・女)	電話番号 ()	—
患者氏名	旧姓()	携帯番号 ()	—
患者住所			
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
現在貴院にて (入院中 ・ 通院中) (どちらかに○印をお願いします)			
受診希望日			
都合の悪い日			
医師連絡(未・済)	三豊総合病院 ID	<input type="text"/>	
当院受診歴(有・無・不明)	(おわかりの場合ご記入ください)	<input type="text"/>	
緊急性(有・無) 救急車で来院(有・無)			
※緊急および当日受診の場合は、病院代表(TEL0875-52-3366)を通じて担当医へご連絡下さい。			
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴 症状経過及び検査結果 治療経過 現在の処方 備考			

備考

※診療情報提供書はできるだけ記入していただき事前にFAXをお願いします。

1. 当日は保険証を必ず持参していただくようお願いいたします。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。
3. 患者住所及び電話番号を必ず記入してください。