

# 診 療 情 報 提 供 書 ( F A X )

市立八幡浜総合病院地域医療連携室 宛

発信年月日 年 月 日・ 時 分

医療機関名

医師名

TEL ( ) -

FAX ( ) -

フリガナ			
患者氏名	男・女	電話番号	
住 所			
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日生	( 才 )

紹介目的  診察  入院・転院  検査  その他( )

受診希望日 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃

希望診療科・医師 科 医師 医師との事前了解(済・未) 移動手段(救急車・自家用車)

循環器  糖尿病・内分泌  血液  消化器  呼吸器  神経  その他

CT 検査部位  造影要 ※同意書とクレアチニン値が必要です。

MRI  アレルギー(有・無)  クレアチニン値( )

RI 検査名( )  骨密度検査

※ 依頼医による医療放射線被ばくに関する説明(有・無)

上部内視鏡検査(胃カメラ)  その他( )

疾病名(紹介目的)

既往症等

症状経過(治療経過)

現在の処方

————— カルテ頭書情報(保険証受給者証等のコピー添付可) —————

保 険 者 番 号								その他特記事項
記 号 ・ 番 号								
被 保 険 者 名								
負 担 割 合	1割・2割・3割							
	本人・家族							
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
保険適用外：妊娠・交通事故・労災・その他( )								

この診療情報提供書に記載されている個人情報、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。

市立八幡浜総合病院(代) 0894-22-3211

地域医療連携室(直通) 0894-24-2568

(FAX) 0894-24-2562

**※必ず受診希望日をご記入下さい。当日受診希望の場合は移動手段の記載もお願いします。**