**診療情報提供書(受診依頼票)**

医療法人純正会　名豊病院 令和 年 　　　　　　　月　　　　　　日

|  |
| --- |
| 医療機関名　　　医師名　　　　　　TEL　　　　　　　　FAX　　　　　　　　 |

 科 先生

《診察希望日》

# ① 　　　　　　年 　月 　日　 ( 　 　)

# ② 　　　　　　年 　月 　日 　(　 　　 )

 [ ]  いつでも可 [ ]  患者さんから直接予約

〈その他希望事項〉

【予約確定日：　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　時　　　　分】　　[ ]  ネット予約済　　[ ]  TEL予約済

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年　　　　月　　　　日 (　　　　　歳)  |
| 受診者名 |  | 男 ･ 女 |
| 住所 | 〒　　　 － | TEL | 自宅（ 　　　　　 ）　　　　　―携帯（ 　　　　 ）　　　　　― |
| 名豊病院受診歴 [ ] 無 [ ]  有 (ID: 　　　 　 　)  |
| 保険情報 | [ ]  保険証　　　　[ ]  交通事故　　　　[ ]  労公災　　　　[ ]  生保　　　　[ ]  その他(　　　　　　　 )  |

**＊保険証・お薬手帳を受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 《既往歴・家族歴・経過及び検査結果・現在の処方等》　　　　　　　　　　　 　　[ ] 別紙参照(事前にFAXをお願いいたします) |
| 尚、受診後に診療結果及び、今後の診療方針等についてご連絡をお願いいたします。 |
| 添付資料 | [ ]  X-P [ ]  CT [ ]  MRI 　　　　[ ]  心電図　　　　[ ]  超音波検査 (部位：　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 　返却の有無： 有 ・ 無 |

　医療法人純正会　名豊病院　地域医療連携室　 　　　 　　〒473-0913　愛知県豊田市竹元町荒子15

　　TEL:(0565)53-8700　FAX:(0565)53-5360　【対応時間】平日 8:30～17:00 (祝日・年末年始を除く)

 2024.1