**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