

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

| | | |
|---|-----------|-------|
| 科 | 先生 | 医療機関名 |
| 《診察希望日》 | | 医師名 |
| ① | 年 月 日 () | TEL |
| ② | 年 月 日 () | FAX |
| <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 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 | 明・大・昭・平・令 |
| 受診者名 | | 男・女 | 生年月日 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 - | TEL | 自宅 () - 携帯 () - 名豊病院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ID:) |
| 保険情報 | <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労公災 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 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》 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 超音波検査(部位:) <input type="checkbox"/> 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)