

診療依頼書（FAX送信票）

☐ 外来患者 ☐ 入院中 ☐ 入所中
 年 月 日

市立長浜病院 地域医療連携室	FAX (0749) 65-2730	受付時間 午前8時30分～午後7時 (毎週木曜日は午後5時まで) 休診日：土、日、祝祭日、 年末年始
	TEL (0749) 65-2720 68-2345	

紹介元医療機関名・医師名	TEL () -
	FAX () -

依頼項目	☐ 診察	☐ 緊急（救急対応）	☐ 準緊急（当日外来）	来院方法
	診療科	☐ 希望日 月 日	☐ いつでも	
	☐ 検査等	担当医 ☐ 指定なし ☐ 医師指定	医師	☐ 救急車
	☐ 開放型入院	希望日 月 日		☐ その他

フリガナ			性別
患者氏名		(旧姓)	☐ 男 ☐ 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒 - 自宅 - 携帯 -		

傷病名	該当するものに✓をつけてください。
紹介目的	☐ 健康保険 ☐ 生保 ☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 自費（保険未加入） ☐ その他（ ）

【用紙の使用方法】

- 様式①は、紹介患者依頼書として、予約診察、予約検査、予約入院を依頼していただく時にご記入の上、「地域医療連携室」へFAX送信してください。
- 受付後、受付確認票をFAXにて返信します。（時間外・休診日は、翌診療日の返信になります。）
- 様式②は、診療情報提供書として、患者様が当院へ来院される時にご持参いただくようお願いします。
- 様式③は、紹介元医療機関の控えにしてください。

診療情報提供書

☐ 外来患者 ☐ 入院中 ☐ 入所中
年 月 日

科

先生

市立長浜病院 地域医療連携室	FAX (0749) 65-2730 TEL (0749) 65-2720 68-2345	受付時間	午前8時30分～午後7時 (毎週木曜日は午後5時まで) 休診日：土、日、祝祭日、 年末年始
-------------------	---	------	--

紹介元医療機関名・医師名

TEL () -

FAX () -

依頼項目	☐ 診察	☐ 緊急（救急対応）	☐ 準緊急（当日外来）	来院方法
	診療科	希望日 月 日	いつでも	
	☐ 検査等	担当医 ☐ 指定なし ☐ 医師指定	医師	☐ 救急車
	☐ 開放型入院	希望日 月 日		☐ その他

フリガナ			性別
患者氏名		(旧姓)	☐ 男 ☐ 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
住所	〒 -	自宅 - - 携帯 - -	

傷病名		該当するものに✓をつけてください。
紹介目的		☐ 健康保険 ☐ 生保 ☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 自費（保険未加入） ☐ その他（ ）

症状経過および検査結果・治療経過

現在の処方

診療情報提供書

☐ 外来患者 ☐ 入院中 ☐ 入所中
年 月 日

科

先生

市立長浜病院 地域医療連携室	FAX (0749) 65-2730 TEL (0749) 65-2720 68-2345	受付時間	午前8時30分～午後7時 (毎週木曜日は午後5時まで) 休診日：土、日、祝祭日、 年末年始
-------------------	---	------	--

紹介元医療機関名・医師名

TEL () -

FAX () -

依頼項目	☐ 診察	☐ 緊急（救急対応）	☐ 準緊急（当日外来）	来院方法
	診療科	希望日 月 日	いつでも	
	☐ 検査等	担当医 ☐ 指定なし ☐ 医師指定	医師	☐ 救急車
	☐ 開放型入院	希望日 月 日		☐ その他

フリガナ			性別
患者氏名		(旧姓)	☐ 男 ☐ 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
住所	〒 -	自宅 - - 携帯 - -	

傷病名		該当するものに✓をつけてください。
紹介目的		☐ 健康保険 ☐ 生保 ☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 自費（保険未加入） ☐ その他（ ）

症状経過および検査結果・治療経過

現在の処方