

山鹿市民医療センター 地域医療連携室 宛
外来診療予約申込票(診療情報提供書)
【 FAX:(0968)44-0071 TEL:(0968)44-2185 】

1 紹介先診療科: _____ 医 師 _____

2 紹介元医(病)院名: _____ 科 _____ 医師名: _____

電話番号: _____ - _____ - _____ FAX番号: _____ - _____ - _____

FAX送信者名: _____

3 受診希望日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分頃 入院・外来
 緊急性の有無: 有・無, 来院方法: 救急車・その他(_____)
 ※緊急受診の場合は、当該診療科医師へご一報くださいますようお願いいたします

4 受診者情報

ふりがな		保険者番号										
患者氏名	男	記号番号										
	女	保険区分	本人・家族									
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳	公費番号						
勤務先及び連絡先	電話 ()	受給者番号										
		公費負担割合	割									
現住所	〒(_____)		電話:	(_____)								
		市	町	村	番地							
	県	郡										

傷病名:

紹介目的:

既往歴及び家族歴:

症状経過・治療経過及び検査結果

現在の処方及び備考