

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: _____ 科 _____ 医師
(山鹿市民医療センター)

2 紹介元病院名: _____ 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	〒() () 市 町 村 番地		電話: () ()						
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									