

【FAX送信用】

平成 年 月 日

## 紹介患者連絡票

本荘第一病院 \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_先生

紹介元医療機関 所在地 \_\_\_\_\_  
 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 医師氏名 \_\_\_\_\_科  
 電話・FAX 電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

フリガナ	男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名 _____様	女	年 月 日 ( 歳)	
住所 _____		電話 ( )	

傷病名及び症状			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察依頼	<input type="checkbox"/> 精査依頼 (検査内容)	( )
	<input type="checkbox"/> 入院依頼		
抗血液凝固剤の使用の有無	無・有 (薬剤名)		( )
他院通院の有無	無・有 (医療機関名)	疾患名	( )
受診希望日	・第1希望日 月 日 ( )	・第2希望日 月 日 ( )	

----- 切り取り ----- 切り取り線より下を患者様にお渡してください

本荘第一病院 ID. \_\_\_\_\_

【FAX返信用】

## 紹介患者予約票

先生からご紹介の _____様の
受診日は 平成 _____年 _____月 _____日 ( ) _____時 _____分
_____科に予約されました。

\* 予約当日朝食は (摂らずに受診してください/摂っても構いません)

\* 来院時、診療情報提供書 (紹介状)、保険証等、紹介患者連絡票を外来総合受付に提出してください。

\* お問合せ先 本荘第一病院地域医療連携室

TEL 0184-22-0111 内線170

FAX 0184-22-0150