

〔 診療依頼書 〕

令和 年 月 日

紹介先医療機関

〒960-1101

福島県福島市大森字下原田25番地

済生会福島総合病院

TEL(代表)024-544-5171

FAX 024-539-7696

所在地

医療機関

医師名

印

TEL・FAX

科

先生

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 才
患者住所			
電話番号		職業	
傷病名			
紹介目的	(入院 ・ 外来)		

※受診日をお知らせいただきますと、事前にカルテ準備・受付・予約可能な科は、予約いたします。

①緊急の(有・無) ②済生会福島総合病院受診歴(有・無)

保険番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
被保険者名	続柄	資格取得月日	年 月 日
事業所名称		有効期限	年 月 日
		受診予定日	月 日 午前・午後

※患者さまには、「診療情報提供書」「保険証」「お薬手帳」をご持参の上、来院されますようご指導お願いいたします。

はじめての患者さまのカルテはお作りしておきますので、『新患受付』までおいで下さいますようご指導お願いいたします。

この用紙はFAX送信用ですが、上記項目の連絡は電話でも結構です。

FAXの申し込みがなくても、紹介患者さまの受付は随時行っております。