

【 FAX送信用 】

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 患者氏名 _____ 様	男 女	生年月日 明・大・昭・平・令 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 _____ 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(代表)

FAX 0184-22-0150