

～検査申込は別用紙になります～

地域医療総合窓口 あったかサポートセンター
 電話06-6543-3581(代) FAX06-6543-3418

平成 年 月 日

紹介元医療機関

診療科 _____ 科
 _____ 先生

名称 _____
 所在地 _____
 電話 _____
 FAX _____
 医師名 _____

日生病院 受診歴	有(旧姓: _____)・無														
フリガナ															
氏名	_____ 男・女										生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)			
住所	(〒 _____)										電話 (_____) _____		職業	_____	
保険証 番号	保険者 番号	_____				①公費負担 者番号		_____							
	記号	_____		番号	_____			①公費受給 者番号		_____					
	資格 取得日	年	月	日	区分	本人・家族	負担 割合	割	資格 取得日	年	月	日	有効 期限	年	月

依頼 診察 入院 (貴院で訪問診療をされている患者様ですか はい いいえ)

紹介目的													
傷病名													
現在の処方	備考												

独歩 車イス ストレッチャー
 薬物禁忌 無・有 (_____)
 感染症 無・有 (_____)

※記入欄が不足する場合は、別紙に記入・添付願います。

診療 希望日	第1希望 月 日()	第2希望 月 日()	第3希望 月 日()
-----------	-------------	-------------	-------------

(注) 1 この情報は紹介患者様の診療目的にのみ利用致します。
 2 中止・変更等は紹介元医療機関様より連絡下さい。

〈あったかサポートセンターの受付時間〉

曜日	平日(月～金)	土	左記以外はFAXのみの 受付となります。 予約通知書は、翌日・ 休日明けに送信します。
時間	8:30～19:00	9:30～12:30	
受付方法	FAX・電話	FAXのみ	

〈外来診療受付時間〉

平日	8:30～11:30
	13:00～15:30

土・日・祝祭日・年末年始は全科休診です。
 乳腺外科、神経科・精神科は完全予約制です。