

～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
①公費負担者番号
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 日

□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
症状経過
検査結果
治療経過

傷病名
既往歴
家族歴

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〉

〈外来診療受付時間〉

Table with 3 columns: 曜日, 時間, 受付方法. Rows include 平日(月～金), 土, and 左記以外はFAXのみの受付となります.

Table with 2 columns: 平日, 時間. Rows include 8:30～11:30 and 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。