**受診依頼票　兼　診療情報提供書**

依頼医療機関FAX用・海南病院用

令和　　　　年　　　月　　　日

JA愛知厚生連　海南病院　　　　　　　　　　　　　　　　　科

病医院名

医師名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師　宛

第１希望受診日　　　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　曜日

第２希望受診日 令和　　　　年　　　月　　　日　　　　曜日

第３希望受診日 令和　　　　年　　　月　　　日　　　　曜日

**※連携登録医のみご利用いただけます**

□　紹介予約問い合わせ窓口を利用

□　WEB予約申込済み

下記の方ご紹介いたします。よろしくお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | 男　・　女 | 被保険者　証 | 記号 | | |  | | | | | |
| 受診者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | 番号 | | |  | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | |  | | | | | |
| 資格取得日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 生年月日 | | | M・T・S・H・R　　年　　　月　　　日　　　歳 | | | | | | | | 子障母番号 | | | |  | | | | | |
| 住所 | | 〒  Ｔｅｌ　　　　　-　　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

受診目的　：　□　診察依頼 当院受診歴 有　・　無

* 検査依頼 ＣＤ-Ｒ・フィルム 有　・　無　　検査結果　　有　・　無

□　連携パス依頼

主訴又は診断

経過

処方内容

※糖尿病患者の手術依頼の場合

　　□手術前までかかりつけ医にて糖尿病治療を行います。

　　□手術前から退院まで海南病院糖尿病・内分泌内科にて糖尿病治療を依頼します。

※糖尿病薬剤については　ｍｇ　での記載をおねがいします。

　海南病院地域医療連携センター（ＴＥＬ0567-65-2511　ＦＡＸ0567-67-2975）