

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 宛

医師名

第1希望受診日 令和 年 月 日 曜日 TEL

第2希望受診日 令和 年 月 日 曜日 FAX

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。よろしくご依頼申し上げます。

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						者 証		番号						
	氏名						被保険者氏名								
	生年月日			M・T・S・H・R 年 月 日 歳			資格取得日				年 月 日				
住所	〒						子障母番号								
							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。