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

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
☐ 検査依頼
☐ 連携パス依頼

当院受診歴　有 ・ 無
CD-R･フィルム　有 ・ 無　検査結果　有 ・ 無

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）