

紹介患者診療依頼書

FAX番号:058-232-1499

【FAX送付票】

患者さん同意のもと、この診療依頼書を送ります。予約をお願いいたします。

依頼日 令和 年 月 日

依頼先	長良医療センター 〒500-8558 岐阜市長良1300-7		
紹介元		所属科	
医師名		電話 - -	FAX - -

■患者基本情報

患者さまの待ち時間短縮のため、事前にカルテを準備させて頂くための情報です。患者基本情報は、カルテ等のコピーでも結構です。情報の取扱いについては充分留意いたします。

フリガナ		
患者氏名		□男 □女
生年月日	□明 □大 □昭 □平 □令 年 月 日(歳)	
住所	〒	
電話番号	Tel - -	

■診療依頼内容

診療科	□呼吸器内科 □呼吸器外科 □消化器内科 □循環器内科 □心臓血管外科 □放射線科 □産婦人科 □小児科 □神経小児科 □小児外科 □形成外科 □脳神経外科(認知症外来)	
医師指定	氏名	□指定なし
診察希望日	令和 年 月 日	□指定なし
	その他希望事項:	
依頼内容	□外来診療 □入院診療 □その他	
	診断名または症状:	

■その他

○外来担当表は、長良医療センターホームページをご利用ください。

URL <https://nagara.hosp.go.jp/>

○地域医療連携室 受付時間:8:30~17:00(平日) FAX:058-232-1499

FAXは終日ご送付頂いて結構ですが、受付時間外にご連絡いただきましたご予約は、翌平日の朝にお返事致します。

○その他ご不明な点は、地域医療連携室にお問い合わせ下さい。

直通電話:058-232-1597