

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: 年 月 日

依頼先	長良医療センター 〒502-8558 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		性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	口明 口大 口昭 口平 口令 年 月 日 (歳)		
住 所	〒		
電話番号	自宅:() - / 携帯:()		

■診療依頼内容

診療科	《受付時間:8:30~19:00(平日) 土曜日:8:30~12:30》			
	☐ 呼吸器内科	☐ 呼吸器外科	☐ 循環器内科	☐ 整形外科
	☐ 小児科	☐ 神経小児科	☐ 小児外科	☐ 総合内科・リウマチ科
	《受付時間:8:30~17:00(平日)》			
	☐ 消化器内科	☐ 心臓血管外科	☐ 放射線科	☐ 産婦人科
	☐ 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	年 月 日			☐ 指定なし
希望日	その他希望事項:			
依頼内容	口外来診療 口入院診療 口その他			
	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 <http://nagara.hosp.go.jp/>

○地域医療連携室 受付時間:8:30~19:00(平日) 土曜日:8:30~12:30 FAX:058-232-1499
下線のある6診療科 受付時間:8:30~17:00(平日)

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ください。

地域医療連携室 直通:058-232-1597