

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。

平成 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			口男 口女
生年月日	口明口大口昭口平	年 月 日	(歳)
住所	〒		
電話番号	- -		

■診療依頼内容

診療科	口呼吸器内科 口呼吸器外科 口循環器内科 口心臓血管外科 口放射線科 口産科 口小児科 口神経小児科 口小児外科 口形成外科		
医師指定	氏名	口指定なし	
診察希望日	平成 年 月 日	口指定なし	
依頼内容	口外来診療 口胎児ドック(週 日)口入院診療 口その他		
	診断名または症状:	開放病床の利用: 有 ・ 無	

■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。

<http://www.hosp.go.jp/~ngr/>

○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