

中信松本病院 地域医療福祉連携室 行
FAX(患者紹介専用)0263-86-1400

患者氏名 様 男・女

生年月日 M T S H 年 月 日 (歳)

住所

☎ 自宅

携帯など

昼間連絡がとれる☎

中信松本病院への受診歴 有・無・不明

紹介先 一般内科 呼吸器内科 呼吸器外科 神経内科 整形外科

外科(消化器・血管・その他) 消化器内科 小児科 放射線科

[医師・特に指定なし]

検査(単純X線・CT・MRI・核医学検査・内視鏡)

部位()

受診希望日(当院の外来担当表を御参照ください)

月 日 午前・午後

当院から患者さまに予約の確認の連絡(☎)を致します

いつがよろしいですか? 月 日 午前・午後

(8.30~18:00でお願いします)

(上記連絡先☎以外への連絡が御希望の場合 ☎)

紹介元 医療機関名

医師名

☎

FAX

診療情報提供書は・受診当日持参します。

(いずれかに○) ・ファックスします。(本状と同時に／後日)

診療情報提供書(中信松本病院宛)

FAX(患者紹介専用)0263-86-1400

年 月 日 受診予約 未・済

患者氏名

生年月日 M T S H 年 月 日 (歳)

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方及び連絡すべき事項

医療機関 _____

医師 _____

* 先生のお手持ちの様式をお使いになってもかまいません

中信松本病院を初めて受診される方へ

この度、かかりつけの先生から御紹介を頂きましたので、受診についての御案内を致します。

★ 受診の手順

☆ 予約での受診を希望された方

①かかりつけの先生に、受診日の御希望と、当院からお電話をさしあげる日時の御希望をお伝え頂いたと思います。

当院からお電話をさしあげて、予約を確定致しますので、よろしくお願ひします。

②診察時にお持ち頂くもの

- ・ かかりつけの先生からの紹介状など
- ・ 健康保険証（老人医療受給者証、特定疾患受給者証などをお持ちの方はそれもお持ちください）

3 当日は、当院の「外来総合受付」（玄関を入ったら右手に進んでください）に、かかりつけの先生からの紹介状などをお出してください。保険証は、会計の時に確認させていただきます。

☆ 予約されていない方

平日の8：30～11：30においでください。（曜日によっては休診の科もあります。お電話でお問い合わせください）

★ 交通について

★ 駐車場について

受診の手順についての御質問は電話でも承ります。