

中信松本病院 地域医療連携室 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

呼吸器内科

呼吸器外科

神経内科

整形外科

小児科

[医師・特に指定なし]

検査 (単純 X 線・CT・MRI・核医学検査)

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 でお願ひします)

(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