

受診依頼票 兼 診療情報提供書

依頼医療機関 FAX 用・海南病院用

令和 年 月 日

JA 愛知厚生連 海南病院 _____ 科

病医院名

_____ 医師 宛

医師名

第1希望受診日 令和 年 月 日 曜日 TEL
 第2希望受診日 令和 年 月 日 曜日 FAX
 第3希望受診日 令和 年 月 日 曜日

※連携登録医のみご利用いただけます

- 紹介予約問い合わせ窓口を利用
- WEB 予約申込済み

下記の方ご紹介いたします。よろしくお願ひ申し上げます。

公費負担者番号				保険者番号			
受給者番号				被保険者証	記号	番号	
受診者	ふりがな			男 ・ 女	被保険者氏名		
	氏名				資格取得日 年 月 日		
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日 歳		子障母番号		
住所	〒 _____						Tel - -

受診目的： 診察依頼 当院受診歴 有・無
 検査依頼 CD-R・フィルム 有・無 検査結果 有・無
 連携パス依頼

主訴又は診断

経過

処方内容

※糖尿病患者の手術依頼の場合

- 手術前までかかりつけ医にて糖尿病治療を行います。
- 手術前から退院まで海南病院糖尿病・内分泌内科にて糖尿病治療を依頼します。

※糖尿病薬剤については mg での記載をおねがひします。