

# 初診患者様用FAX事前予約用紙 診療情報提供書

年 月 日

ご紹介先

【公立八鹿病院】

\_\_\_\_\_先生

\* 医師名が不明の場合は診療科のみご選択ください

ご紹介元

【 \_\_\_\_\_ 】

先生

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

ご紹介先（□欄にし印をつけてください）

総合診療科（救急の場合は直接総合診療科へ電話連絡をください） 来院方法  救急車  自家用車  その他

内科（ 呼吸器  循環器  消化器）  胃腸科  外科  整形外科  皮膚科

脳神経内科  脳神経外科  泌尿器科  産婦人科  小児科  眼科  耳鼻咽喉科

精神神経科  児童精神科  放射線科  口腔外科  緩和ケア科  共同利用

患者様情報（八鹿病院のカルテ番号がお分かりになればご記入ください <No. \_\_\_\_\_ >）

フリガナ	生年月日
氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日（ 歳）
住所 〒 _____	連絡先 TEL _____ 携帯 _____

紹介目的及び依頼内容（診療情報提供書が同時にFAX出来ない場合は、この欄にご記入ください）

\*薬剤アレルギー（ 有  無） \*妊娠の可能性（ 有  無）

備考  入院依頼  入院の可能性有りを説明済  感染症  医師へ連絡済（ \_\_\_\_\_ 医師）

受診希望日

第1希望 月 日 曜日（ご希望に添えない	患者様のご都合のつかない日がありましたら、 あらかじめお教えてください
第2希望 月 日 曜日 場合があります）	
<input type="checkbox"/> できるだけ早く（緊急性の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	
<input type="checkbox"/> いつでも可（なるべく早い予約枠をおとりします）	
<input type="checkbox"/> 未定（患者様予約 *予約方法の説明書もお渡しください）	