

紹介状・診療情報提供書

【紹介先】

徳島健生病院 地域連携室 行

【紹介元】

医療機関名

所在地

医師名

TEL：

FAX：

受診希望科

科

希望する検査

1	CT	部位	()	種類	(単純 ・ 造影あり)
2	MRI	部位	()	種類	(単純 ・ 造影あり)
3	大腸CT		()		
4	骨密度		()		
5	その他		()		

受診第1希望日 20 年 月 日 (曜日) 希望時間 時ごろ

受診第2希望日 20 年 月 日 (曜日) 希望時間 時ごろ

● 患者情報

保険者番号					本人	家族	負担割合	有効期限	
記号		番号					0・1・2・3	平成 年 月 日	
公費	保険 (公費負担者番号)							有効期限	
	受給者番号							平成 年 月 日	
フリガナ					生年月日				
氏名					性別	男 ・ 女			
住所	〒					電話			
					(日中連絡のつく 電話番号)				
紹介目的									
傷病名									

症状経過及び治療経過

(現在の処方 なし 別紙参照 あり) ※ありの場合は処方内容記載

※ FAX受付時間：月～金 9：00～12：00、13：30～17：00 (土日祝年末年始は除く)

※ FAX受信後、折り返し検査予約票をお送りしますので、患者さんにお渡し下さいますようお願いいたします。

※ 受診当日は、予約票、保険証等、紹介状を受付窓口にお持ちください。

※ 予約票の返信には、20分程度かかる場合がございますのでご了承ください。

※ FAX受診が時間外や休日の場合は、翌日又は休み明けのお返事となります。