

紹介患者診療依頼書

FAX番号:058-232-1499

【FAX送付票】

患者さん同意のもと、この診療依頼書を送ります。予約をお願いいたします。

依頼日 令和 年 月 日

依頼先	長良医療センター 〒502-8558 岐阜市長良1300-7		
紹介元		所属科	
医師名	電話	- -	FAX - -

■患者基本情報

患者さまの待ち時間短縮のため、事前にカルテを準備させて頂くための情報です。患者基本情報は、カルテ等のコピーでも結構です。情報の取扱いについては充分留意いたします。

フリガナ		
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日(歳)	
住所	〒	
電話番号	TEL - -	

■診療依頼内容

診療科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 神経小児科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科(認知症外来) <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科
医師指定	氏名 <input type="checkbox"/> 指定なし
診察	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 指定なし
希望日	その他希望事項:
依頼内容	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 入院診療 <input type="checkbox"/> その他
	診断名または症状:

■その他

○外来担当表は、長良医療センターホームページをご利用ください。

URL <https://nagara.hosp.go.jp/>

○地域医療連携室 受付時間:8:30~17:00(平日) FAX:058-232-1499

FAXは終日ご送付頂いて結構ですが、受付時間外にご連絡いただきましたご予約は、翌平日の朝にお返事致します。

○その他ご不明な点は、地域医療連携室にお問い合わせ下さい。

直通電話:058-232-1597