診療情報提供書（兼）受診依頼票

## 〈貴院控え・ＦＡＸ用〉

旭 労 災 病 院

## 令和 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 医 師 名 |  |
| ＴＥＬ | （ ） － |
| ＦＡＸ | （ ） － |

受 診 希 望 科 科

先生

当 院 受 診 歴 （ 有 ・ 無 ）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診希望日① 令和 | 年 | 月 | 日 （ | 曜日） | 時 | 分 |
| 受診希望日② 令和 | 年 | 月 | 日 （ | 曜日） | 時 | 分 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 性 別 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令年 月 日生（ 歳） |
| 患 者 氏 名 |  | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 〒 | ＴＥＬ | （ ） - |
| 紹 介 目 的 | ☐精査、診断 ☐治療、観察 ☐手術 ☐入院 ☐その他（ ） |
| 傷 病 名（主訴） |  |
| 既 往 歴 | 薬物アレルギー（ 有・無 ） |
| 病 状 経 過 治 療 経 過 検 査 結 果 現在の処方等 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 添付資料（無・有） Ｘ-Ｐ・心電図・検査記録、 添付資料返却の必要性（有・無） |

〒488-8585 尾張旭市平子町北61

# 旭労災病院 地域医療連携室

**ＴＥＬ 0561-53-6196 　　　ＦＡＸ 0561-53-8459**

\*希望医師がない場合は、無記入でお願いします。（当院で決まり次第ご連絡致します。）

\*できましたら保険証のコピーもＦＡＸ送信して下さい。