

紹介患者受診依頼票

地域医療連携室 FAX 0533-73-2503

(紹介先)

平成 年 月 日

総合青山病院

受診される科 歯科口腔外科

医師名 _____

(紹介元)

医療機関名

医師は病院の診療体制に委ねる

医師名

受診希望日

平成 年 月 日(曜日)

電話番号 () -

AM・PM 時 分

FAX No. () -

診療日は病院の診療体制に委ねる

フリガナ								男 ・ 女	現 住 所	市 郡区	町 村	番地		
氏 名														
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	電 話 番 号	()	-						
総合青山病院受診歴	有・無	年	月	頃	科	診察券番号								
保険証	保険者番号							被 保 険 者 名						
	記号・番号							被 保 険 者 柄	本 人 ・ 家 族					
公費負担番号								公費種類	後 期 高 齢 者	特 定 疾 患	乳 児 医 療	障 害 者 医 療	母 子 医 療	生 活 保 護
受給者番号														

※保険証・各医療券等のコピーと共にファックスして下さい。無い場合には上記に記入して下さい。

依頼希望 1. 部位
2. 処置 抜歯・検査・処置・その他

結果及び経過の返信 要 ・ 不要

後処置 1. 引きつづきお願いする 2. 当方で行う

備考 (病歴 ・ 投薬)

当院処方)