（様式１－1）

（紹介医→地域医療連携室）

紹介患者受診依頼票

地域医療連携室　FAX　0533-73-2503　/　TEL　0533-73-2502

（紹介先）

令和　　年　　月　　日

総合青山病院　宛て

受診される科　歯科口腔外科

☐　医師名

☐　医師は病院の診療体制に委ねる

受診希望日

☐　令和　　年　　月　　日（　　曜日）

※金曜日は手術日ですので、ご予約はお取りできません

☐　本日受診　※ご来院前にご連絡をお願いします

☐　診療日は病院の診療体制に委ねる

ご都合悪い日［　　］

（紹介元）

医療機関名

医師名

電話番号

ＦＡＸ№

フリガナ			男・女	現住所												
氏　名																
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）								電話番号	（　　）　　ー						
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								被保険者氏名							
	記号・番号								被保険者との続柄	本人・家族						
公費負担者番号									公費種類	高齢者後期	障害者医療	指定難病	母子医療	生活保護		
受給者番号																

※保険証・各医療受給者証等のコピーと共にＦＡＸ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

病歴

症状の経過など

処方・内服内容