

## 診療情報提供書(紹介状)・診療予約申込書

平成 年 月 日

医療法人社団 重仁  
まるがめ医療センター

\_\_\_\_\_科

\_\_\_\_\_先生

FAX送付先 (0877)83-0490

紹介元医療機関名
医師名
所在地
電話番号
FAX番号

フリガナ		性別		生年月日	
患者氏名		男・女	明・大 昭・平	年 月 日	歳
住所	〒			電話	( ) -

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		公費受給者番号	
被保険者名	本人・家族	公費負担有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
資格取得日	年 月 日	負担割合	割

受診希望日	月 日 曜日
現在貴院	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中(入院基本料: ) <input type="checkbox"/> 入所中
来院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 救急車(消防・病院) <input type="checkbox"/> その他( )
資料持参	<input type="checkbox"/> 画像(X-P・CT・MRI) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他( )

紹介目的 (傷病名)
既往歴・家族歴
症状・治療経過
現在の処方
備考

まるがめ医療センター 地域医療連携室 FAX (0877)83-0490 地域医療連携室 直通電話 (0877)23-5850 代表電話 (0877)23-5555 受付時間 8:30~17:30(月・火・水・金・土) 8:30~12:30(木)
--