

送付先FAX番号 0120-721-991(地域医療連携課直通)

依頼日 年 月 日

浜の町病院 FAX初診受付 兼 診療情報提供書

太枠内をご記入ください。

浜 の 町 病 院		紹介元医療機関	
科	医師	郵便番号	
希望医師が不在の場合、担当医の診察で（可・不可）		所在地	
受診予定日		医療機関名	
令和 年 月 日・未定		TEL	
*FAX受信報告（要・不要）		FAX	
		診療科	医師名
※浜の町病院受診歴 ☐ 有・ ☐ 無・ ☐ 不明			
受診歴がある場合、浜の町病院の患者IDが分かればご記入ください ⇒			
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (旧姓:) (歳)
患者氏名		性別	男・女
住 所	〒 - 電話番号 () - 携帯番号 () -		
保険者番号		公費 負担者番号	
記号・番号(枝番)		公費 受給者番号	
高齢者医療負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割		
診 療	外 来	☐ 精査・治療 ※セカンドオピニオンは完全予約制（患者さまからの予約が必要です） 詳細は当院ホームページでご確認ください ☐ 放射線画像診断検査のみ * 画像は ☐ 郵送 ☐ 患者様へ手渡しでの受け取り希望	
	入 院	☐ 入院 (☐ 開放型病床の利用) * 当院への入院は、原則として診療医師の判断となります。 ・当院医師または連携課への事前連絡 (☐ 有 ・ ☐ 無)	
病 名			
既往歴 家族歴			
病状経過 検査結果			
治療経過			
備 考			
現在の処方	*薬剤アレルギー ☐ 有 () ☐ 無 ☐ 不明		
当日持参資料	☐ 画像データ ☐ プレパレート ☐ フィルム *検査データの返却 (要・不要) ☐ 薬手帳		

お問い合わせ先

平日(月～金) 8:30～17:15 TEL 0120-721-990(地域医療連携課直通)

時間外及び土日祝日 TEL 092-721-0831(病院代表)