

送信先 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 科 _____ 医師 _____ 希望医師が不在の場合、担当医の診察で（可・不可） 受診予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日・未定 * FAX 受信報告（要・不要）	紹介元医療機関 郵便番号 _____ 所在地 _____ 医療機関名 _____ T E L _____ F A X _____ 診療科 _____ 医師名 _____				
※浜の町病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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			明・大・昭・平・令		
患者氏名	(旧姓： _____)	生年月日	年 _____ 月 _____ 日 _____ (歳)	性別	男・女
住所	〒 _____ - _____ - _____				
	電話番号 (_____)	-	携帯番号 (_____)	-	
保険者番号	_____	_____	_____	_____	_____
記号・番号(枝番)	(_____) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	公費負担者番号	_____	_____	_____
高齢者医療負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
診療	外来	<input type="checkbox"/> 精査・治療 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(患者さまより要予約 詳しくは当院ホームページへ) <input type="checkbox"/> 放射線画像診断検査のみ *画像は <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者様へ手渡しでの受け取り希望			
	入院	<input type="checkbox"/> 入院(<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
当日持参資料	<input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> プレパラート <input type="checkbox"/> フィルム *検査データの返却(要・不要) <input type="checkbox"/> 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)