

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 (がんゲノム外来用)

太枠内をご記入ください。

浜の町病院 腫瘍内科 科 草場仁志 医師		紹介元医療機関 郵便番号	
がんゲノム外来は毎週水曜日 13:00~となっております		所在地	
受診予定日 令和 年 月 日・未定		医療機関名	
*FAX受信報告 (要・不要)		TEL FAX	
		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		公費負担者番号	
記号・番号(枝番)	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	公費受給者番号	
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	がんゲノム外来		
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"/> 別紙有			

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)