

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(遺伝性腫瘍外来用)

太枠内をご記入ください。

浜 の 町 病 院 乳腺外 科 金城 医師	紹介元医療機関 郵便番号 所在地
遺伝性腫瘍外来は毎週月曜日 15:00~となっております 受診予定日 令和 年 月 日・未定	
*FAX受信報告 (要・不要)	医療機関名 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 性別 男・女 (歳)
住 所	〒 - 電話番号 () - 携帯番号 () -
保険者番号	公費 負担者番号 公費 受給者番号
記号・番号(枝番)	() <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
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	遺伝性腫瘍外来
病 名	
既往歴 家族歴 病状経過 検査結果 治療経過 備 考	※ <input type="checkbox"/> 別紙有
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"/> プレパレート <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)