紹介患者受診依頼票（診療情報提供書）

栗原市立栗原中央病院

（連携室直通）　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

ＴＥＬ　０２２８－２１－５３３５

ＦＡＸ　０２２８－２１－５３３６

＊予約受付時間は 平日 8：30～16：30 迄。

但し16：15 以降のお申し込みは翌診療日の対応と

させていただきますので、ご了承ください。

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

科　医師名　　　　　　　　電話番号

フリガナ　　　　　男・女　T・S・H・R　　年　　月　　日生(　　歳) 患者氏名　　　　　電話番号 患者住所　　　　　職業										
保険番号									記号・番号	
被保険者氏名									本人・家族	
公費負担番号									受給者番号	

受診希望日	令和　　年　　月　　日　　曜日	**予 約 日**	令和　　年　　月　　日　　曜日 時　　分
□いつでも可	**都合の悪い日**　　月　　日　　曜日	**当院の受診歴** （若柳病院・栗駒病院・公立築館病院 含）	有 ・ 無

紹介目的
傷病名
既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過　　□ **別紙診療情報提供書有**
現在の処方
備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付してください。 ２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。 ３．紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関名の欄に紹介元市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。