

診療情報提供書（事前カルテ作成用）

医療法人八宏会 有田胃腸病院

科

担当医

紹介元医療機関

TEL()

FAX()

医師氏名

印

来院予定日 年 月 日

紹介
目的

入院治療依頼
 ※ 入院依頼につきましては、事前に担当医師へご連絡をお願いいたします。
外来診察依頼 外来検査依頼 項目：
入院検査依頼 項目：

主訴又は病名
・
依頼内容

フリガナ

患者氏名

生年月日

明・大・昭・平 年 月 日
 ()歳

住所

TEL

〒

自宅
携帯

—

—

保
険
報
告

保
険
区
分

社保 ・ 国保 ・ 自費

本人 ・ 家族

高齢者負担割合 (1割 ・ 2割 ・ 3割)

保険者番号

記号・番号

負担者番号

○をお付けください

公費名称 ()

受給者番号

有田胃腸病院受診歴

無 ・ 有

来院方法

救急車 独歩 車椅子

ストレッチャー その他()

- ◎ FAXは来院予定日の前日午後3時までにご送付下さい。事前にカルテ作成を行います。ただし、水曜日受診の場合は、月曜日の午後3時までにご送付下さい。
- ◎ 夜間・休日のFAXは受け付けておりません。ご了承ください。
- ◎ 診察当日は、診療情報提供書と保険証・受給者証などをお持ちいただく様お伝えください。

有田胃腸病院 地域医療連携室

FAX 097-529-8961 (地域医療連携室)

TEL 097-556-1772 (代)(内線 156・157)

TEL 097-529-8960 (直通)

対応時間 8時30分～17時(火曜日と祝日を除く)