

診療情報提供書（事前カルテ作成用）

FAX専用

医療法人八宏会 有田胃腸病院

担当医

来院予定日 年 月 日

紹介元医療機関

TEL()

FAX()

医師氏名

印

紹介 目的	<input type="checkbox"/> 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。			
	<input type="checkbox"/> 外来診察依頼 <input type="checkbox"/> 外来検査依頼（項目： ） <input type="checkbox"/> 入院検査依頼 項目：			
主訴又は病名 依頼内容				
フリガナ		住所	〒	
患者氏名			TEL	自宅
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳	携帯		—
保 険 報 告	保険 区分	社保 ・ 国保 ・ 自費	保険者番号	
		本人 ・ 家族	記号・番号	
		高齢者負担割合（1割 ・ 2割 ・ 3割）	負担者番号	
	公費名称（ ）	受給者番号		
○をお付けください				
有田胃腸病院の受診歴	無 ・ 有	来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー その他()	

- ◎ FAXは来院予定日の前日15:00までに送付して下さい。事前にカルテ作成を行います。
- ◎ 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 代表:097-556-1772（内線459）

TEL 直通:097-529-8960

□対応時間 8:30~17:00（月曜日、第2.4日曜日、祝日を除く）