

公立宍粟総合病院地域連携室紹介申込書

紹介元

令和 年 月 日

医療機関名

担当(科)医師名

住所

電話 ()

FAX ()

患者	フリガナ	M・T・S・H・R		性別
	氏名	年 月 日(歳)		男・女
	住所	〒	TEL ()	当院の受診歴 有・無

記号					番号					本・家
保険者番号									有効期間	
公費負担者番号									有効期間	
公費受給者番号									～	
受診科に○をつけて下さい	内科	外科	整形外科	眼科	放射線科	小児科	受診希望医師			
	産婦人科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	精神科					
	循環器内科 (姫路循環器病センター受診歴 有・無)									

受診希望日 第1 (月 日 曜日) 第2 (月 日 曜日)
*都合の悪い日

主訴または傷病名

紹介目的

患者に対する留意事項

既往歴及び家族歴

臨床経過及び検査結果

現在の処方

<p align="center">【地域連携室受付時間】</p> <p>☆平日/8:30~17:00 (土・日・祝日休み)</p> <p>*予約の診療科によっては、時間がかかる場合があります。ご了承下さい。</p> <p>※受付時間以降のFAXに関しては翌朝のお取り扱いとなりますのでご了承下さい。</p> <p>*当日に紹介状の原本をご持参下さい。</p>	<p align="center">【本書送信先】</p> <p align="center">FAX 0790-62-2522</p> <p>公立宍粟総合病院 地域連携室</p> <p>〒671-2576 兵庫県宍粟市山崎町鹿沢93</p> <p align="center">TEL 0790-62-2425 (地域連携室直通)</p>
---	---