

公立宍粟総合病院地域連携室紹介申込書

紹介元

医療機関名
担当(科)医師名
住所

年 月 日

TEL ()

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○をつけてください		内科 外科 整形外科 眼科 小児科 精神科								受診希望医師	
		産婦人科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 皮膚科									
		循環器内科 脳神経内科 呼吸器外科									
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											
【地域連携室受付時間】						【本書送信先】					
☆平日/8:30～17:00(土・日・祝休み) ※予約の診療科によっては、返信に時間がかかる場合があります。ご了承ください。 ※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、ご了承ください。 ※当日に紹介状の原本をご持参ください。						FAX 0790-62-2522 公立宍粟総合病院 地域連携室 〒671-2576 兵庫県宍粟市山崎町鹿沢93 TEL 0790-62-2425(地域連携室直通)					