

# 患者紹介カード

【大館市立総合病院患者サポートセンター】

FAX: 0186-42-7400

大館市立総合病院

科

先生

年 月 日

紹介元 医療機関 所在地 名称等	〒 -	科 名
		医師氏名
		申込担当者名
	TEL :	FAX :

● 診療情報提供書を添付する場合は、太枠内のみご記入ください。

ふりがな		性別	保険種別
患者氏名		男・女	国保・協会健保 組合・後期高齢 その他 ( )
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )		本人・家族 (○をつけて下さい)
患者住所	〒 -		
受診希望日 (検査依頼)	年 月 日 ( ) ※CT・MRI・その他( )	電話	
		携帯	
		その他	
		<input type="checkbox"/> 決定した受診日を、市立総合病院から患者さんに連絡することを希望します。 ※☑がない場合は、紹介元医療機関へ日時をお伝えしますので、患者さんへ連絡をお願いします。 至急受診が必要な場合や、緊急患者さんのご紹介は、診療科の医師へ直接連絡をお願いします。	
傷病名			
紹介目的			
既往歴等			
症状経過 及び 検査結果			
現在の処方			
備考			

● 患者さんご紹介の際には、こちらの「患者紹介カード」または診療情報提供書をFAXして下さるようお願いいたします。  
**翌診療日を受診希望の場合は、13時までの受付対応**となりますのでご理解のほど、よろしく願いいたします。

大館市立総合病院 患者サポートセンター  
〒017-8550 大館市豊町3-1  
TEL : 0186-42-5370 (代表)  
FAX : 0186-42-7400 (直通)

2024.09