

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

年 月 日

(紹介先医療機関名)

大館市立総合病院

科 先生

紹介元 医療機関名	〒 -	科名
	TEL : - -	医師氏名
		FAX : - -

●所定の診療情報提供書をご使用の場合は、太枠の患者情報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)		
患者住所	〒 -		本人・家族 (○をつけて下さい)
受診希望日 (検査依頼)	年 月 日 () ※CT・MRI・その他 ()	電話	- -
		携帯	- -
		職業	
傷病名	診療情報提供書に記載がある場合は以下の欄の記載は不要です。		
紹介目的			
既往歴 及び 家族歴			
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事前に患者サポートセンターにFAXして下さるようお願いいたします。

●来院時は、紹介状・保険証・お薬手帳をご持参くださるようお願いいたします。

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)