

紹介患者受診依頼票

地域医療連携室 FAX 0533-73-2503 / TEL 0533-73-2502

(紹介先) 総合青山病院 宛て 令和 年 月 日

受診される科 歯科 □ 口腔外科

☐ 医師名

☐ 医師は病院の診療体制に委ねる

受診希望日

☐ 令和 年 月 日 (曜日)
※金曜日は手術日ですので、ご予約はお取りできません

☐ 本日受診 ※ご来院前にご連絡をお願いします

☐ 診療日は病院の診療体制に委ねる
ご都合悪い日 []

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話番号

FAX No.

フリガナ								男・女	現住所								
氏名																	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)							電話番号	() -								
総合青山病院受診歴	有・無 年 月 頃 科							診察券番号									
保険証	保険者番号								被保険者氏名								
	記号・番号								枝番		被保険者との続柄	本人・家族					
公費負担者番号									公費種類	乳児	障害	母子	精神	福祉	その他		
受給者番号																	

※保険証・各医療受給者証等のコピーと共にFAXして下さい。無い場合には上記に記入して下さい。

依頼希望 1. 部位
2. 処置 抜歯 ・ 検査 ・ 処置 ・ その他

病歴

症状の経過など

処方・内服内容