



平成 年 月 日

診療情報提供書(FAX予約申込書)

紹介先

新潟県立加茂病院

(かもネット 病診連携 行)

TEL 0256-52-0701(代)

FAX 0256-52-0776(直通)

【FAX受付時間 月～金 8:30～17:00】

紹介元

医療機関名

医師名

TEL

FAX

予約希望日時	平成 年 月 日 () 時頃
予約科・希望医師	科 医師
当院受診歴	有・無

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住 所		電話番号		
紹介目的	1 精査・診断 2 治療 3 入院 4 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他() 5 栄養指導			
傷病名・主訴				
病状経過 治療経過 検査結果 既往歴 家族歴 現在の処方 *別紙添付 可				
持参資料	有・無 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()			