



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	在宅療養指導管理料等の算定	有・無

フリガナ		明・大・昭・平	
患者氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)	男・女
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( )		