

独立行政法人 敦賀医療センター 診療情報提供書 (病院提出用・FAX用)
 国立病院機構 (診療予約申込書) 年 月 日

独立行政法人 敦賀医療センター
 国立病院機構

希望担当医 _____ 科 _____ 先生侍史

所在地
 医療機関
 TEL
 FAX

- 診療希望日時 (有・無・予約済)
 ① 年 月 日 曜日
 ② 年 月 日 曜日
 (登録医)入院時開放型病床希望 (有・無)

医師氏名 _____ (印)

フリガナ		性別		明・大・昭・平
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
現住所	〒 _____ 電話番号 (_____)			
傷病名				
紹介目的				
既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過				
参考資料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【画像フィルム、検査記録、その他 _____】				
現在の処方				
備考				

※当院に受診歴がある場合はお書きください

患者番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--