

診療依頼書(FAX用)

★★★ 送信先 ★★★

令和 年 月 日

〒035-8601 青森県むつ市小川町一丁目2番8号

一部事務組合下北医療センター むつ総合病院医療連携室 行き

TEL 0175-22-2111(内線 3353)

FAX 0175-23-7718 予約受付時間平日8:15~16:00

予約FAXは24時間受付しておりますが、上記時間帯以外は翌診療日の返信となります。
翌日の受診希望は前日16時までにお申し込みください。緊急の場合はお手数でも医師へご連絡ください。

**※当日または緊急の受診の場合は、
担当医師に連絡後、速やかにFAX送信をお願いします**

紹介元 医療機関名		担当科		医師名	
		担当者所属・氏名			
住 所	〒				
T E L			F A X		
フリガナ			生年月日	明・大・昭・平・令	
患者氏名	様(男・女)		年	月	日(歳)
住 所	〒				
T E L	自宅	携帯番号			
受診希望科	※当日または緊急の受診の場合 <input type="checkbox"/> 当院医師(科 医師)へ連絡済み 交通手段: 自家用車・救急車・その他()				
傷病名	<input type="checkbox"/> 別紙 診療情報提供書のとおり				
紹介目的及び 症状経過など					
受診希望日	第1希望	令和	年	月	日() 午前・午後 時
	※第2希望	令和	年	月	日() 午前・午後 時
患者の状況	<input type="checkbox"/> 現在返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中(入院したまま受診・退院後受診・転院)				
発熱	無・有	県外移動歴	無・有→	帰宅または 来県日 ()	都道府県名() 県外移動者 との接触 無・有

※ 第2希望は、第1希望と異なる日を記入してください。

保険者番号	記	号	番	号
被保険者(世帯主名)	※ 続 柄 本人・家族()		資格取得年月日	有効期限年月日
※ 続柄欄中の「家族」については、妻・長男・二男のように 詳細に記載してください。				
公費負担者番号		種 類	老・身・妊・乳・生保 高齢・他()	
受給者番号	高齢・老保負担割合() 割 当院の受診歴 有・無			