

〈貴院控え・FAX用〉

診療情報提供書(兼)受診依頼票

令和 年 月 日

旭 労 災 病 院

受診希望科 _____ 科
_____ 先生

当院受診歴(有・無)

受診希望日① 令和 年 月 日 (曜日) 時 分

受診希望日② 令和 年 月 日 (曜日) 時 分

医療機関名	
所在地	
医師名	
TEL	() -
FAX	() -
登録番号	*労災病院施用欄

フリガナ		性別	明・大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日 年 月 日生 (歳)
住所	〒		TEL () -
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査、診断 <input type="checkbox"/> 治療、観察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()		
傷病名 (主訴)			
既往歴	薬物アレルギー(有・無)		
病状経過			
治療経過			
検査結果			
現在の処方等			
添付資料(無・有) X-P・心電図・検査記録、添付資料返却の必要性(有・無)			

〒488-8585

尾張旭市平子町北61

旭労災病院 地域医療連携室

TEL ☎ 0120-53-6196 FAX ☎ 0120-53-8459

*希望医師がない場合は、無記入をお願いします。(当院で決まり次第ご連絡致します。)

*できましたら保険証のコピーもFAX送信して下さい。

(内科系)

080-4657-0939

(外科系)

080-4871-7583

} 時間外救急担当医師