令和６年８月１日改定

診療情報提供書　兼　診療申込書

野崎徳洲会病院　担当医師宛

※この用紙は当院ＨＰよりダウンロードすることができます。

ＦＡＸの受付は 24 時間随時行っております。（ただし、夜間・土・日・祝日・年末年始は地域医療連携室担当者不在の為、お返事は翌日または休日明けになりますのでご了承ください。）

【紹介元医療機関】　施設・医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆患者様情報

フリガナ 氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日(　　歳)
ＴＥＬ	自宅電話：	携帯電話：	
紹介目的	□診察・精査依頼　□入院相談　□その他（　　）		

□別紙診療情報提供書添付（貴院所定の診療情報提供書の添付願います）

※検査データや画像、お薬手帳は当日ご持参ください

◆受診希望科

受診希望されます科に、　☑　をお願いいたします。

□	内科	□	一般外科	□	放射線治療科
□	糖尿病外来	□	心臓血管外科	□	無呼吸外来
□	腎臓内科	□	婦人科	□	人工透析
□	脳神経外科	□	小児科	□	
□	循環器内科	□	神経内科	□	
□	呼吸器外科	□	眼科	□	
□	消化器内科	□	歯科口腔外科	□	
□	消化器外科	□	皮膚科	□	
□	呼吸器外科	□	泌尿器科	□	
□	整形外科	□	形成外科	□	
□		□		□	

希望医師：　有　・　無　　有の場合 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 医師

受診希望日：　有　・　無　　有の場合　第１希望　　年　　月　　日　第２希望　　年　　月　　日

※CT、MRI 依頼は地域医療連携室へ直接お問い合わせください。（この申し込み用紙は不要です）

問い合わせ・連絡先：地域医療連携室 TEL/FAX　0120-74-1644/0120-27-1655