

# 患者紹介用 FAX 用紙

浅間総合病院医療福祉連携室行

**FAX 0267-67-4920**

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

浅間総合病院

科 先生

受診希望日

月 日 時

フリガナ

患者氏名 様(男・女)

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

〒

住 所

TEL — —

浅間総合病院の受診歴 (有・無・不明) ID番号

紹介元医療機関名・所在地

医師名

TEL — —

FAX — —

診療情報提供書

※診療情報提供書は先生がお持ちのものでもかまいません。

紹介目的

主訴及び傷病名

既往歴及び家族歴

現病歴及び検査結果・現在の処方

佐久市立国保浅間総合病院医療福祉連携室

◎受診当日は、医療福祉連携室(病院玄関正面左側)に来院ください。

FAX受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時

休 診 日 土曜日 日曜日 国民の祝日 年末年始(12月29日～1月3日)

FAX 0267-67-4920 (医療福祉連携室直通)

TEL 0267-67-2295 (代) 内線 1050