

受診 依頼票 (診療情報提供書)



令和 年 月 日

碧南市民病院 御中

希望医師: _____ 先生

| | |
|------|---|
| 住所: | |
| 施設名: | |
| 医師名: | 印 |
| TEL: | |
| FAX: | |

※ご希望の診療科に○をつけてください。

| | | | | | | |
|------|------------|--------|--------|-------|-------|---------|
| フリガナ | | | 性別 | 生年月日 | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | TEL | | | |
| 希望日 | (1) | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | (2) | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | (3) | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 診療科 | 呼吸器内科 | 消化器内科 | 循環器内科 | 内分泌内科 | 腎臓内科 | 膠原病内科 |
| | 神経内科 | 小児科 | 一般外科 | 乳腺外来 | 呼吸器外科 | 整形外科 |
| | 脳神経外科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 産婦人科 | 眼科 | 耳鼻いんこう科 |
| | 麻酔科(ペイン外来) | 歯科口腔外科 | | | | |
| 看護外来 | ストーマ | 糖尿病 | 緩和ケア相談 | | | |

※看護外来の相談については、料金は一切かかりませんが、処置が伴う場合は、料金がかかる事もあります。

※臨床情報・経過・依頼目的・処方など

碧南市民病院 TEL (0566)48-5050(代表)

地域連携室 TEL (0566)45-2616(直通)

FAX (0566)46-3774



※臨床情報・経過・依頼目的・処方など

碧南市民病院 TEL (0566)48-5050(代表)

地域連携室 TEL (0566)45-2616(直通)

FAX (0566)46-3774