

# 受診 依頼票(診療情報提供書)



平成 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			M・T・S・H	年	月	日
住所	〒	TEL				
希望日	(1)	平成	年	月	日	
	(2)	平成	年	月	日	
	(3)	平成	年	月	日	
診療科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	血液内科	内分泌内科	腎臓内科
	精神科	神経内科	小児科	一般外科	血管外科	呼吸器外科
	小児外科	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	歯科口腔外科	禁煙外来	乳腺外来	緩和ケア(別紙)
看護外来	認知症	ストーマ	糖尿病	排尿	なでしこ	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