平成　　年　　月　　日

診療情報提供書（診療依頼書）

伊東市民病院 診療科 科		紹介元医療機関名及び所在地	
		電　　話	
医師名 先生		ＦＡＸ	
□　当院医師への連絡済		診療科 医師名	印

フリガナ		生　年　月　日	性　別
患者氏名	（伊東市民病院　診察券番号：　　）	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）	男・女
住　所			
電話番号		職　業	

主訴又は病名
紹介の目的　1．受診依頼　2．検査依頼（精査目的・　診断目的）　3．手術依頼 4．入院依頼　5．その他（　　）
紹介後の方針に関する要望及び患者に対する留意事項
既往歴、家族歴、薬剤アレルギーの有無
現病歴・現症・検査所見・治療経過・現在の処方等
来院方法　1．自力歩行　2．車椅子　3．ストレッチャー　4．その他（　　）
添付資料　□画像診断フィルム　□検査結果表　□その他（　　）

予約希望日	第１希望　　月　　日（　）　　第2希望　　月　　日（　）
備　考	

《ＦＡＸ送付先》　伊東市民病院　認知症疾患医療センター

ＴＥＬ：0557-37-2634（直通）ＦＡＸ：0557-37-2894（直通）

《受付時間》平日：午前8時30分～午後4時30分　土曜日：午前8時30分～午後0時