

## 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	
医師名 _____ 先生		電 話 _____	
<input type="checkbox"/> 当院医師への連絡済		F A X _____	
		診 療 科 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 _____	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 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 検査結果表 <input type="checkbox"/> 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 地域医療連携室

TEL : 0557-32-5800 (直通) FAX : 0557-32-5801 (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