

# 診療情報提供書

JCHO 仙台南病院

FAX受付票

年 月 日

[紹介元医療機関の名称・所在地]	TEL _____
	FAX _____
	医師名 _____

(ふりがな)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 性別：男・女 T・S・H・R 年 月 日 歳

〒

患者住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

※どちらか○で囲んで下さい。

受診 ・ 入院

\*当院への受診歴 ( 有 ・ 無 ・ 不明 )

[紹介先医療機関]希望科に○をして下さい。

JCHO 仙台南病院

( 呼吸器内  
科 ) ( 内科 ) ( 循環器科 ) ( 外科 ) ( 整形外科 ) ( 泌尿器科 ) 科

先生

受診希望日 (第一希望) 年 月 日 ( ) (第二希望日) 年 月 日 ( )

《傷病名》 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

《紹介目的》 \_\_\_\_\_

《既往歴》 \_\_\_\_\_

《病状経過及び検査結果》 \_\_\_\_\_

《現在の処方》 \_\_\_\_\_

**FAX初診受付時間：平日8:30 ~16:30 受付番号 022-306-1741**

○お忙しい中、誠に申し訳ございませんが、記入漏れのないようお願い申し上げます。

○FAX受付票のみでも結構ですが、必要のある場合は情報提供書を患者様に持参していただくようお願い申し上げます。

○当日、緊急を要する患者様の場合は、FAXを受け取ってから医師への確認し、当院から電話連絡をさせていただきます。

※10分~15分以内にご連絡するよう努力いたします。

ご紹介ありがとうございました。

JCHO 仙台南病院

地域医療連携室

TEL022-306-1740

FAX022-306-1741