様式１

診療情報提供書　兼
茨城県立中央病院受診申込票（至急・通常）

連

申込日時　平成　　年　　月　　日

【紹介元医療機関】

【医療機関名】

【所在地】

【医師名】　　㊞

【TEL】

【FAX】

【紹介患者情報】

(フリガナ)

患者氏名：

住　　所：

生年月日：
明 大 昭 平　　年　　月　　日

性　　別：**男 ・ 女**　　年　齢：　　歳

県立中央病院受診歴：
☐無　☐有の場合↓
【診療科名】＿＿＿＿＿＿＿＿
【中央病院ＩＤNo.】＿＿＿＿＿＿＿＿

希望受診科名	希望医師

傷 病 名：
（診断）

紹介目的：☐精査・診断　☐治療・観察
☐手術　☐一般入院　☐その他

既往歴及び家族歴

予約日程決定上の参考事項

【　ご紹介内容　】

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【現在の処方】

【備　考】

【ご注意】（必要がある場合は続紙に記載して添付してください。）
※必要がある場合は画像診断フィルム・検査の記録を添付してください。
※県立中央病院の受診歴がある患者さんは、必ずその旨を記入してください（保険証番号は記載しなくて結構です）
※はじめて受診される患者さんは、受診前に新規登録をおこないます。
　総合カウンター②番（新患受付）にて手続きするよう指導してください。
※ご不明な点は、地域医療連携室にお問合せください。
　連絡先　　TEL：０２９６－７７－１１２１　内線２７０３
　　FAX：０２９６－７８－３５８９

茨城県立中央病院
茨城県地域がんセンター