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)



申込日時 令和 年 月 日

	【医療機関名】	【 ご紹介内容 】
紹		【症状経過及び検査結果】
介	【所在地】	
元匠		
医療	【医師名】	
機		
関	[TEL]	
	[FAX]	
	(フリガナ)	
	患者氏名:	【治療経過】
	住 所:	
	生年月日:	
	明大昭平 年 月 日	
	性別:男・女年齢: 歳	
紹	県立中央病院受診歴:	
介	□無 □有の場合↓【診療科名】	
	【中央病院 I DNo.】	【現在の処方】
患	希望受診科名 希望医師	
者	和主义的行石 和主区即	
情		
報】	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	
		【備 考】
	予約日程決定上の参考事項	

【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