

紹介患者診療予約申込書兼 診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

科 先生

紹介元医療機関 所在地
名称
医師名
TEL
FAX

○ 受診希望日

第一希望日	令和 年 月 日 ()
第二希望日	令和 年 月 日 ()

○ ご紹介患者さまの情報等

フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭・平・令	高砂市民病院受診歴
氏名			年 月 日生	有 ・ 無
住所	〒		TEL	
紹介目的				

○ ご紹介患者さまの個人情報の取り扱いについて（高砂市民病院からのお知らせ）

上記情報につきましては、ご紹介患者さまご本人の同意を得たうえで、FAX送信いただきますようお願いいたします。高砂市民病院へ、提供していただいた情報につきましては、個人情報の保護に関する法律等の規定に基づき、カルテ作成、医療行為にのみ利用を限定しております。

高砂市民病院 地域医療連携室あて

FAX：079-443-1401

診療予約の手順

- ①紹介元から地域連携室へ……「診療申込書」（FAX送信用）を送信
- ②地域医療連携室から紹介元医療機関へ……直ちに「診療予約受付票」をFAX送信
- ③紹介元から受信者へ……「診療予約受付票」をお渡しください

ご紹介有難うございました。折り返し「紹介患者さまの診療予約報告書・診療予約票」をFAXにて返信いたしますので診療予約申込書兼診療情報提供書（紹介状）、健康保険証、診察予約票をご持参の上来院いただきますよう患者さまにご案内願います。