

紹介患者FAX受診申込書・診療情報提供書

患者さんのご紹介の際に、ご使用ください。

月曜日から金曜日の午前8時30分～午後5時までに、FAXをいただきますと、予約票の返信等を行います。FAX受信は24時間可能ですが、予約票の返信等は、翌日(土・日の場合は月曜日)、祝日の場合も翌日となりますので、ご了承ください。

- ※ 本紙は、3枚綴りになっております。
- ※ 1枚目の患者情報と2枚目の診療情報提供書をご記入のうえ、FAX(042-550-5190・地域医療連携センター直通)してください。(診療情報提供書を作成して頂いている場合は、併せてFAXいただくと、有り難く存じます。貴院様独自の様式でも構いません。)
- ※ 3枚目は、貴院様の控えとなります。
- ※ 当日の予約は承っておりません。
- ※ 緊急診療を要するご依頼は、直接お電話ください。地域医療連携センターで対応いたします。

～ FAX予約申し込み方法 ～

- ① FAXをいただきますと、15分程度で予約をお取りします。
(混雑時間帯及び新患の方は、登録手続き上15分以上かかることもありますので、ご了承ください。)
- ② ご希望の日にお取りできない場合は、こちらからご連絡いたします。
- ③ 予約票をFAXにより、返送いたしますので、患者さんにお渡しください。
- ④ 診療情報提供書の原本は、患者さんにお渡しいただき、診察日当日に新患受付に提出してください。

個人情報となりますので、FAXを送る際には、番号のご確認をお願いいたします。

公立阿伎留医療センター 地域医療連携センター

〒197-0834 東京都あきる野市引田78番地1

電話 042(558)0321(代表)

FAX 042(550)5190(直通)

※本様式や専用封筒がなくなりましたら、ご連絡ください。

紹介先：公立阿伎留医療センター

紹介元

医院・病院
クリニック

科

先生

医師

住所

受診希望日時： 月 日 時 分頃 電話番号

他にも可能な日があれば → 月 日 時 分頃 FAX番号

ご記入下さい。 月 日 時 分頃

| | | | | |
|------------------------------------|--|-----|-----|-----------|
| 病名または主訴 | | | | |
| 保険情報 | 国保(本人・家族)、社保(本人・家族)、前期高齢者、後期高齢者、労災、自賠責 | | | |
| 公費 | 生保、(乳)、(子)、(親)、(障)、(都)、精神、その他() | | | |
| ※保険証及び公費受給証は原本確認となりますので、必ずお持ちください。 | | | | |
| ※公立阿伎留医療センター受診歴 有・無・不明 | | | | |
| フリガナ | | 男・女 | 生年 | 大正・昭和・平成 |
| 患者氏名 | 様 | | 月 日 | 年 月 日(歳) |
| 患者住所 | 〒 | — | 電話 | () |

送信先：公立阿伎留医療センター FAX 042-550-5190

〈紹介元先生方へのお願い〉

事務手続き上の注意事項は、表紙をご覧ください、ご確認ください。

- ※ ご指定された医師が、休診や混雑状況により、別の医師が拝見する場合がございます。医師の変更不可の場合は、1枚目の余白にその旨ご記入ください。
- ※ 当日の予約は承っておりません。
- ※ 緊急診療を要するご依頼は、直接お電話ください。地域医療連携センターで対応いたします。

〈患者様へのご案内〉

- ① ご来院の際は、紹介元先生からの診療情報提供書(紹介状)、診療予約票、保険証(公費の医療証をお持ちの方は合わせてお持ちください)、診察券(受診歴のある方)、お薬手帳(お持ちの方)をお持ちのうえ、正面玄関入って左側の1番の新患受付にご提出ください。
※ 裏面の当院のご案内をご参照ください。
- ② 予約時間は目安となっており、当日の混雑状況や急患対応により、順番が前後することがございます。
- ③ ご指定された医師が、休診や混雑状況により、別の医師が拝見する場合がございます。
- ④ 当日ご都合により、キャンセルする場合は、必ず公立阿伎留医療センター地域医療連携センターにお電話(042-558-0321代)ください。

公立阿伎留医療センター・地域医療連携センター

あきる野市引田78番地1 TEL 042-558-0321

診療情報提供書

令和 年 月 日 発行

紹介先：公立阿伎留医療センター

紹介元

医院・病院
クリニック

科

先生

医師

住所

受診希望日時： 月 日 時 分頃 電話番号

他にも可能な日があれば → 月 日 時 分頃 FAX番号

ご記入下さい。 月 日 時 分頃

| | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--------|----|-----------|
| 病名または主訴 | | | | | |
| 保険情報 | 国保(本人・家族)、社保(本人・家族)、前期高齢者、後期高齢者、労災、自賠責 | | | | |
| 公費 | 生保、(乳)、(子)、(親)、(障)、(都)、精神、その他() | | | | |
| ※保険証及び公費受給証は原本確認となりますので、必ずお持ちください。 | | | | | |
| ※公立阿伎留医療センター受診歴 有・無・不明 | | | | | |
| フリガナ | | | 男・女 | 生年 | 大正・昭和・平成 |
| 患者氏名 | 様 | | | 月日 | 年 月 日(歳) |
| 患者住所 | 〒 ー | | 電話 () | | |

※以下貴院様独自の様式でも構いません。

| |
|--------------|
| 紹介目的：検査・治療 |
| 症状、経過、検査結果など |
| 現在の処方内容 |

診療情報提供書

紹介先：**公立阿伎留医療センター**

紹介元

医院・病院
クリニック

科

先生

医師

住所

受診希望日時： 月 日 時 分頃

電話番号

他にも可能な日があれば → 月 日 時 分頃
ご記入下さい。 月 日 時 分頃

FAX番号

| | | | | | |
|------------------------------------|--|-----|----------|----------|---------|
| 病名または主訴 | | | | | |
| 保険情報 | 国保(本人・家族)、社保(本人・家族)、前期高齢者、後期高齢者、労災、自賠責 | | | | |
| 公費 | 生保、(乳)、(子)、(親)、(障)、(都)、精神、その他() | | | | |
| ※保険証及び公費受給証は原本確認となりますので、必ずお持ちください。 | | | | | |
| ※公立阿伎留医療センター受診歴 有・無・不明 | | | | | |
| フリガナ | | 男・女 | 生年 月日 | 大正・昭和・平成 | |
| 患者氏名 | 様 | | | 年 | 月 日(歳) |
| 患者住所 | 〒 ー | | 電話 () | | |

※以下貴院様独自の様式でも構いません。

| |
|--------------|
| 紹介目的：検査・治療 |
| 症状、経過、検査結果など |
| 現在の処方内容 |