

紹介先機関名

平成 年 月 日

平塚胃腸病院

医療機関名・所在地

http://www.ichou.gr.jp/

科 先生

受診予定日 月 日 () 時頃

・緊急の(有・無) ・入院希望の(有・無)

・平塚胃腸病院受診歴(有・無・不明) 科 医師名 印

フリガナ		生年月日	
患者氏名		(歳)	男・女
住所	〒	TEL	()

診療連絡票

初診紹介患者さんの電話予約について

紹介患者さんの診療時の待ち時間を短縮するため予約をお取りしております。

電話 0120-89-1161 (予約専用)

※当日にご紹介頂く場合も事前に必ずお電話下さい。 予約受付時間 平日 8:30~17:00

予約受付窓口 診療連携室 土曜日 8:30~12:00

- ①患者氏名・生年月日・性別を電話でお伝えください。
- ②予約取得後、この用紙(診療連絡票)をFAXしてください。
- ③可能であれば診療情報提供書もFAXしてください。

F A X 03-3982-2281

当日 予約時間の30分前までに初診受付⑩窓口へお越しください。

当日お持ちいただくもの

・保険証(各医療証)・診療情報提供書・診察券(当院受診歴がある方)

- * 診療情報提供書には、出来る限り医師をご指定の上、ご記入ください。
- * 指定された医師が不在の際は、他の専門医が診察させていただく場合がございます。
- * ご不明な点がございましたら、診療連携室までお問い合わせ下さい。

診療受付時間		平日	土曜日
	午前	8:30 ~ 12:00	8:30~12:00
	午後	13:30 ~ 17:00	

休診日 土曜日午後、日曜日、祝祭日、年末年始

F A X
03-3982-2281

診療情報提供書

紹介先医療機関名

平塚胃腸病院

〒171-0021 豊島区西池袋3-2-16

<http://www.ichou.gr.jp/>

平成 年 月 日

医療機関名・所在地

科 先生

受診予定日 月 日 () 時頃

・緊急の(有・無) ・入院希望の(有・無)

・平塚胃腸病院受診歴(有・無・不明)

科 医師名

印

フリガナ		生年月日	
患者氏名		(歳)	男・女
住所	〒	TEL	()
紹介目的			
病名 (主訴)			
既往歴 (家族歴)			
病状経過 治療経過 検査結果			
持参資料	無・有 (レントゲンフィルム (CD) ・心電図記録・検査記録)		該当しない項目を 削除してください。
現在の処方			