

診療情報提供書

年 月 日

新潟労災病院
地域医療連携室 御中

FAX番号 025-543-7110

紹介元医療機関

担当医師名

所在地

TEL

FAX

フリガナ				TEL	()
患者氏名			男 女	TEL	()
生年月日	明・大 昭・平・令		年 月 日生	(歳)	
希望する診療科 □内にチェックを お願いします	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科		
病名・臨床経過・紹介目的・診察を希望する医師名等					
※脳神経外科受診希望の場合 体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
診察希望日	年 月 日		(曜日)	時	
当院受診歴	有・無	有の場合	年 月頃 () 科受診		
住 所	都・道 府・県		市 郡		
保 険 証	本人・家族	記号	番号	保険者番号	
① 公 費	公費番号			受給者番号	
② 公 費	公費番号			受給者番号	

※至急及び当日受診希望の患者様につきましては直接各外来へご連絡下さい。【025-543-3123(代)】

診療情報提供書

年 月 日

新潟労災病院 地域医療連携室 御中

FAX番号 025-543-7110

紹介元医療機関

担当医師名

所在地

TEL

FAX

フリガナ				TEL	()
患者氏名	男 女		TEL	()	
生年月日	明・大 昭・平・令		年	月	日生 (歳)
希望する診療科 □内にチェックを お願いします	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	
	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科		
病名・臨床経過・紹介目的・診察を希望する医師名等					
					※脳神経外科受診希望の場合 体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
診察希望日	年		月	日 (曜日)	時
当院受診歴	有・無	有の場合	年 月頃 () 科受診		
住所	都・道		市		
	府・県		郡		
保険証	本人・家族	記号	番号	保険者番号	
① 公費	公費番号			受給者番号	
② 公費	公費番号			受給者番号	

※至急及び当日受診希望の患者様につきましては直接各外来へご連絡下さい。【025-543-3123代】