

診療情報提供書（兼）受診依頼票

平成 年 月 日

愛知医科大学病院

受診希望科 _____ 科

_____ 先生

受診希望日① 平成 年 月 日 ()

受診希望日② 平成 年 月 日 ()

医療機関名
所在地
医師名
TEL () -
FAX () -

希望日なし 愛知医科大学病院の受診歴（有・無・不明）（愛知医大 ID: _____）

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者氏名	様	男・女		
住所 (事前紹介時のみ ご記入下さい)	〒		TEL	() -
保険情報 保険証のコピーを FAXしていただ いても結構です	保険者番号	子・障・母	前高・後高(割)	<input type="checkbox"/>
	記号・番号	公費負担者番号		
	続柄	本人・家族	公費受給者番号	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査, 診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()			
傷病名 (主訴)				
既往歴	薬物アレルギー (有 ・ 無)			
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方 等				
添付資料 (無・有・・・X-P・心電図・検査記録)、添付資料返却の必要性 (有・無)				

愛知医科大学病院 地域医療連携室 TEL (0561)65-0221 (直通) FAX (0561)65-0225

<事前紹介受付時間> 平日: 8:30~19:00 土曜日: 8:30~12:30