

診療情報提供書（診療依頼書）

伊東市民病院 診療科	紹介元医療 機関名及び 所在地	
	電 話	
医師名	F A X	
科	診 療 科 名	印
先生		
<input type="checkbox"/> 当院医師への連絡済		
フリガナ	生 年 月 日	性 別
患者氏名 (伊東市民病院 診察券番号：)	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
住 所		
電話番号	職 業	
主訴又は病名		
紹介の目的 1. 受診依頼 2. 検査依頼（精査目的・診断目的） 3. 手術依頼 4. 入院依頼 5. その他（ ）		
紹介後の方針に関する要望及び患者に対する留意事項		
既往歴、家族歴、薬剤アレルギーの有無		
現病歴・現症・検査所見・治療経過・現在の処方等		
来院方法 1. 自力歩行 2. 車椅子 3. ストレッチャー 4. その他（ ）		
添付資料 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 検査結果表 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
予約希望日	第1希望 月 日（ ）	第2希望 月 日（ ）
備 考		

《FAX送付先》 伊東市民病院 地域医療連携室

TEL：0557-32-5800（直通） FAX：0557-32-5801（直通）

《受付時間》平日：午前8時30分～午後4時30分 土曜日：午前8時30分～午後0時