

診療情報提供書(兼)受診依頼票

JA愛知厚生連

豊田厚生病院

令和 年 月 日

科 先生

FAX 予約 <受診希望日> いつでも可

①令和 年 月 日()

②令和 年 月 日()

③令和 年 月 日()

ネット予約

令和 年 月 日() 時 分

本日受診希望 救急車

<その他希望事項>

医療機関名

医師名

TEL

FAX

豊田厚生病院記入欄 <予約確定日> 令和 年 月 日() 時 分

フリガナ			男	生年	明・大・昭・平・令
患者氏名		旧姓	・	月日	年 月 日(歳)
		様	女		
住 所	〒 -			TEL	自宅
					携帯
受診当日の状況	通院中	・	入院中	豊田厚生 受診歴	有(I D) ・ 無
ペースメーカー	有	・	無		
保険証とお薬手帳を持参するようご指導をお願いいたします					
依頼内容	1. 外来診察依頼		2. 転院依頼(入院→入院)		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 手術目的 ※セカンドオピニオンは別途専用書式にてご依頼願います				
傷病名 主 訴					
<既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々> <input type="checkbox"/> 別紙参照					
添付資料: X-P ・ CT ・ MRI ・ 心電図 ・ 超音波検査(部位:) ・ その他()					
返却の有無: 有 無					
尚、受診後に診療結果及び、今後の診療方針等についてご連絡をお願いいたします。					
登録医記入欄: 入院の場合、開放病床利用 (1. 希望 2. 希望無し)					



JA愛知厚生連

豊田厚生病院
地域医療連携課

〒470-0396 愛知県豊田市浄水町伊保原500-1 【対応時間】平日9:00~19:00

URL: <http://toyota.jaaikosei.or.jp/>

(時間外・休診日は救命救急センター外来対応)

地域医療連携課専用TEL(0565)43-5077 地域医療連携課専用FAX(0565)43-5030

地域医療連携課. 2023/12/1. ホームページ用