

①

長崎労災病院紹介患者外来診療申込書

令和 年 月 日

長崎労災病院

科 先生

所在地

医療機関

医師氏名

受診希望日 令和 年 月 日

T E L

F A X

※当日のご予約はできません。

当日の受診希望の場合は、FAXを送信する前に必ず患者サポートセンターへご連絡ください。

事前連絡（ 済 ・ 未 ）

検査予約

※事前に電話連絡をされている場合はご記入ください。

↑検査予約をご希望の場合はレ点をお願いします

フリガナ	T E L	—	—
患者氏名	携帯番号	—	—
様 男 女	住 所 〒		
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日(歳)			

傷病名 紹介目的	
-------------	--

受診 F A X 受付案内

専用 F A X 番号（フリーダイヤル） 0 1 2 0 - 6 6 6 - 4 3 7

電 話 番 号 （ 代 表 ） 0 9 5 6 - 4 9 - 2 1 9 1

◎急患、入院の依頼の際は直接医師へお電話いただきますようお願いいたします。

◎事前にカルテを作成しますので、紹介患者診療申込書①のご記入をお願いいたします。

◎予約完了後、すぐに予約報告書を F A X いたしますので、ご確認の上、予約券と診療情報提供書②を患者さんにお渡しください。

◎診療情報提供書②は各医療機関の書式のものでも構いません。患者さん(フリガナ)の添付をお願いします。

◎学会出張等で、外来担当医師が変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

②

診療情報提供書

長崎労災病院提出用

令和 年 月 日

長崎労災病院

科 先生

所在地

医療機関

医師氏名

受診希望日 令和 年 月 日

T E L

F A X

※当日のご予約はできません。

当日の受診希望の場合は、FAXを送信する前に必ず患者サポートセンターへご連絡ください。

事前連絡（ 済 ・ 未 ）

検査予約

※事前に電話連絡をされている場合はご記入ください。

↑検査予約をご希望の場合はレ点をお願いします

フリガナ	T E L - -
患者氏名	携帯番号 - -
様 男 女	住 所 〒
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日(歳)	

傷病名 紹介目的	
1 既往歴 家族歴 2 症状経過 検査結果 3 治療経過	
4 現在の 処方 5 備考	