

# 紹介・診療情報提供書 (控)

JA長野厚生連 小諸厚生総合病院  
 〒384-8588 小諸市与良町三丁目2番31号  
 TEL・FAX (0267) 22-7202 (地域医療連携室直通)  
 TEL (0267) 22-1070 (代) 内線450

平成 年 月 日

科 医師

殿

所在地  
 医療機関名  
 電話番号  
 F A X  
 医師氏名

当院への受診歴 (有・無・不詳)

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)	男・女
------	--	------	-----------------------	-----

紹介目的	1、診察依頼 { 受診予定日 年 月 日 時頃 2、検査依頼 項目 CT・MRI・RI・食道・十二指腸・胃内視鏡・大腸内視鏡 {その他 } 部位 { 希望検査日 年 月 日
------	---

病名 (主訴)	
既往症 家族歴	
現病歴	
現症	
検査結果	
治療経過	

現在の 処方	
-----------	--

\* 関連するフィルム・検査の記録を添付していただくと幸いです。

# 紹介・診療情報提供書用紙

紹介・診療情報提供書用紙のご使用について。

1. 本用紙は、患者さんの紹介の際にご使用ください。

なお、この紹介状と保険番号をFAX送信して頂き本文を患者さんに持たせて、患者さんは地域医療連携室までおいで下さい。  
本用紙以外の通常ご使用している紹介状でFAXしていただいても結構です。

2. 診療受付時間

平日 (午前) 8時30分～11時30分

土曜日 (午前) 8時30分～11時

3. 休診日

日曜日(祭日)・国民の休日・第1、第3土曜日・年末年始

※但し、急患の場合はいつでもお受けします。

4. 地域医療連携室

玄関に入って左手 受付時間：平日 8時30分～17時

土曜日 8時30分～12時30分

5. 本用紙は、2枚綴りとなっております。

1枚目は、紹介患者さんにお渡し頂き、当院へ持たせて下さい。

2枚目は、貴院控えとして下さい。

6. 本用紙がなくなりましたら、お手数でも下記へご連絡下さい。

JA長野厚生連

**小諸厚生総合病院**  
**地域医療連携室**

〒384-8588

小諸市与良町三丁目2番31号

TEL・FAX

0267-22-7202(地域医療連携室直通)

TEL

0267-22-1070(代)内線450