

～検査申込は別用紙になります～

地域医療総合窓口 あったかサポートセンター  
電話06-6443-3470(直通) FAX06-6443-3585

平成 年 月 日

紹介元医療機関

診療科 \_\_\_\_\_ 科  
先生 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_

受診歴	有(旧姓: _____)・無														
フリガナ	明・大・昭・平														
氏名	_____ 男・女										生年 月日	_____ 年 月 日 (才)			
住所	(〒 _____ )										電話 ( _____ ) _____		職業	_____	
保険証 番号	保険者 番号	_____				①公費負担 者番号				_____					
	記号	_____				①公費受給 者番号				_____					
	資格 取得日	年	月	日	区分	本人・家族	負担 割合	割	資格 取得日	年	月	日	有効 期限	年	月

依頼 診察 入院 (貴院で訪問診療をされている患者様ですか はい いいえ )

紹介目的	_____												
傷病名	_____												
現在の処方	備考 _____ <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー 薬物禁忌 無・有 ( _____ ) 感染症 無・有 ( _____ )												

※記入欄が不足する場合は、別紙に記入・添付願います。

診療 希望日	第1希望 月 日( )	第2希望 月 日( )	第3希望 月 日( )
-----------	-------------	-------------	-------------

(注) 1 この情報は紹介患者様の診療目的にのみ利用致します。  
2 中止・変更等は紹介元医療機関様より連絡下さい。

〈あったかサポートセンターの受付時間〉

曜日	平日(月～金)	土	左記以外はFAXのみの 受付となります。 予約通知書は、翌日・ 休日明けに送信します。
時間	8:30～19:00	9:30～12:30	
受付方法	FAX・電話	FAXのみ	

〈外来診療受付時間〉

平日	8:30～11:30 13:00～15:30
----	---------------------------

土・日・祝祭日・年末年始は全科休診です。  
乳腺外科、神経科・精神科は完全予約制です。