

記載例

歯科口腔外科 診察依頼票(診療情報提供書)

年 月 日

TEL:(0566)74-8384 / FAX:(0566)77-5480 (安城更生病院 地域連携室)

JA愛知厚生連 安城更生病院

<紹介元>

Table with 2 columns: 安城更生病院 記入欄 (Patient ID, Appointment Content) and 備考 (Remarks).

Table with 1 column: 施設名 安城更生クリニック, 所在地 愛知県安城市〇〇町△△番地, TEL, FAX, 担当医 安城 花子.

診察依頼 歯科口腔外科 担当医 先生

ネット予約をされた方はこちらに日時を記入してください。

ネット予約 月 日 () 時 分 (※ネット予約した日時を記入してください)

【受診希望日】 本日(緊急診察) 希望日あり↓ 明日以降の一番早い日 希望日なし

安城更生病院が、予約変更を患者さんと調整すること 同意します 同意しません

① 〇月 〇日(〇) ② △月 △日(△) ③ ×月 ×日(×)

その他() (〇月〇日以外の日を希望など)

Main patient information form including fields for name (安城 太郎), address, insurance, medical history, and symptoms.

【臨床情報】 (既往歴・症状・検査結果・治療経過・現在の処方・その他事項)

別紙添付

症状経過・検査結果・治療経過・現在の処方など、できる限り詳細にご記載ください。