

診療情報提供書(FAX予約依頼書)

FAX:0969-24-1808(地域医療連携室)

受付時間:9:00~16:00(平日のみ)

JCHO 天草中央総合病院 地域医療連携室行
平成 年 月 日

医療機関紹介元	貴医療機関名					
	貴医師名					
	連絡先	住所				
		電話番号 () -	御担当の方 () 様			
	FAX番号 () -					
希望診療科	<input type="checkbox"/> 消化器内科		<input type="checkbox"/> 呼吸器内科		<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	
	<input type="checkbox"/> 血液内科		<input type="checkbox"/> 外科		<input type="checkbox"/> 脳神経外科	
	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科		<input type="checkbox"/> 皮膚科			
	第1希望	年 月 日 曜日	医師名()		<input type="checkbox"/> 医師へ連絡済み	
第2希望	年 月 日 曜日	医師名()				
患者情報	ふりがな					
	氏名	男 ・ 女				
	生年月日	M ・ T ・ S ・ H	年	月	日	() 才
	住所					
	電話番号	()	-			
診療情報提供 ※貴院の書式で記載され添付されても可	疾患名・症状					
	紹介目的					
	症状経過及び検査歴・治療経過等					
	現在の処方					

※各診療科の診察日については外来担当表をご確認ください。
※20分以内に「予約通知書」をFAX送信いたします。
ご希望に添えない場合はご連絡して調整いたします。



〒863-0033 熊本県天草市東町101番地
電話:0969-22-0011(代表)

独立行政法人地域医療機能推進機構
天草中央総合病院