

# 診療依頼書(診療情報提供書)

独立行政法人国立病院機構  
小諸高原病院  
地域医療連携室 宛

電話 0267-22-0870(代表)  
FAX 0267-22-0950(連携室直通)  
受付時間 9:00~15:30(平日)  
※受付時間以外は翌営業日より対応致します。

## 【患者基本情報】

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 M・T・S・H 年 月 日生

住所 〒 \_\_\_\_\_  
都道府県・区・町・番地 \_\_\_\_\_  
アパート名・号数等 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## 【ご紹介元情報】

ご紹介日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
ご住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

貴院名 \_\_\_\_\_  
貴医師名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

【ご希望診療科】  精神科  
 小児科(児童・思春期外来)

【ご希望医師名】 \_\_\_\_\_

【受診ご希望日】  いつでも良い  
 希望有 日付 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 か 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 不都合日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご都合追加  
コメント欄

当日の付添者(氏名・続柄)
来院方法(自家用車等)
その他

【診療情報提供欄】 ※詳細については、紹介状にご記入をお願いします。


※着色部分にご記入願います。  
※この様式はホームページからダウンロードできます。