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。

【患者さま基本情報】

ふりがな
氏　　名
生年月日　S・H・R　　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　令和　　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
□ 児童・思春期外来

【受診ご希望日】
□ いつでも良い
□ 希望有　日付
□ 不都合日
※複数日お願いいたします

ご都合追加
コメント欄

当日の付添者（氏名・続柄）
来院方法（自家用車など）
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。

※この様式はホームページからダウンロードできます。