紹介患者カルテ事前準備依頼書

様式１

ＦＡＸ　０９５２－２８－１２６９

※受診予定日の前日午後４時までにお願いいたします。

（月曜日受診予定の場合は**前週金曜日の午後４時**）

1　ご紹介元

医師氏名

医療機関名

所在地

ＴＥＬ　　－　　－

ＦＡＸ　　－　　－

2　紹介先診療科　　科　　医師　左記医師へ連絡（ 済　未 ）

3　受診予定日　平成　年　月　日（　曜日）　時間（　：　）

4　受診者情報

（ﾌﾘｶﾞﾅ） 患者氏名	（男・女）	患者ＩＤ （当館で記入）	
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日（　才）	好生館受診歴	有　無
現住所	〒　市　町 郡　村 （ＴＥＬ）　－　－		
コメント欄（受診目的等）			

※　患者さんに予め当館にファックスすることについて同意を得てください。

※　**緊急時**又は**夜間・当館の休診日**（土曜・日曜・祝祭日・年末年始（12/29～1/3））の**診療**に関する連絡には**使用しないでください。**（当館各診療科又は救急外来へ電話連絡（代表０９５２－２４－２１７１）をお願いします。）

※　送信した依頼書は患者さんにお渡しになり、当館を受診する際に初診受付に提出し、ファックス連絡済みであることを好生館の受付職員に告げるようご指導ください。

※　**誤送信のないよう十分ご注意ください。**（FAX０９５２－２８－１２６９）

※　**診療情報提供書は、別途作成の上、患者さんにお持たせください。**

※　新患については当番医が診療する診療科もあります。また、受診日当日の都合により紹介を受けた医師以外の医師が診療することがあります。
予めご了承ください。

※ 診察の都合上、予約時間より遅れて診察になる場合がある事を患者さんへ必ずお伝え下さい。

【患者さんへ】

※緊急で診察が必要な患者さんが来られた場合や検査等の都合上、予約時間より遅れて診察になる場合がありますので、ご了承ください。

・好生館受診の際には、**受付時**にこの**依頼書**を**健康保険証、診療情報提供書**等とともに提出し、「**ファックス連絡済み**」とお告げください。

・**佐賀県医療センター好生館**の診察券をお持ちの方は**診察券**もご持参ください。

連絡先：地方独立行政法人**佐賀県医療センター好生館　地域医療連携室**
℡０９５２－２８－１４９５