

透析予防外来患者受診申込書

(診療情報提供書)

済衆館病院

医師

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

電話番号

F A X

フリガナ 患者氏名
〒・患者住所
自宅電話番号
携帯番号
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 性別 男 ・ 女
予約希望日 (両日共午後の時間帯の予約になります)
月曜日希望 木曜日希望
傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果 発症時期 経過
その他特記事項
処方内容 お薬手帳記載のとおり (お薬手帳を当院へ持参していただく様ご指示をお願いいたします)