宮崎江南病院　地域医療連携室　（ＦＡＸ　0120-855-083　（連携室直通））　宛

紹介患者　（検査予約済患者）　情報提供書

フリガナ		(男・女)	M・T・S・H　　年　　月　　日生
◎患者氏名			
住所・電話		（　　）　　ー	
◎紹介診療科	内科　外科　整形外科　形成外科　放射線科　リハビリ科		
又は予約済	ＣＴ　ＭＲＩ　ＲＩ　胃内視鏡　大腸内視鏡　栄養指導　腹部エコー		
検査項目	心エコー　その他（　　）		
検査結果の	1　検査のみ　（患者に対する説明は必要ない）		
説明	2　検査の結果について患者に説明してほしい		
受診予定日	1　未　定　（検査は事前予約が必要です）		
	2　予定日　　月　　日　　午前・午後　　時　　分		
保険者番号		記号・番号	

年　　月　　日

◎ 医療機関名

◎ 医 師 氏 名　　印

【以下は必須ではありません。また通常の紹介状をＦＡＸしていただいても構いません】

診断名　＃1

＃2

＃3

＃4

＃5

紹介目的等

その他　（処方内容、アレルギーの有無、診察希望医師等）