

紹介元医療機関様へ

受診予定日を診療情報提供書に明記いただき、保険情報とともにFAXをして下さい。
休診及び都合によりご紹介をお受け出来ない場合は、すぐにご連絡を申し上げます。
当日、患者様には診療情報提供書と保険証をご持参くださるよう、ご説明下さい。
先生方で打合わせの上、紹介頂いても構いませんし、救急を要する患者様は、先ずお電話にてご紹介
いただいても構いません。

予約用	F A X	0248-23-4609
	T E L	0248-23-2700 (医療連携室まで)
予約受付	平日	8:30~17:00
	土曜日	8:30~12:30

白河病院を受診される患者様へ

- 受診日当日は、紹介状と保険証を受付窓口にご提示下さい。
- 当病院では無料送迎を行っております。しかし曜日によって、地域と時間が異なりますので、あらかじめご確認の上、受診日をお決め下さるようお願いいたします。また、送迎を希望される方は受診日の前日午後2時までに送迎予約の電話を下さるようお願いいたします。

送迎問合せ及び予約電話番号 0248-24-6699
病院電話番号 0248-23-2700 (代表)

〒961-0092 福島県白河市六反山10番地1

医療法人社団 恵周会 白河病院

診 療 情 報 提 供 書

紹介先医療機関 医療法人社団恵周会
白 河 病 院

担当医 _____ 科 _____ 先生
受診予定日 ____月 ____日 (____) am・pm ____ 時頃
白河病院受診歴 (有・無)

紹介元医療機関様
所在地 _____
名称 _____
担当科 _____ 科
医師名 _____ 先生

フリガナ				(男 ・ 女)
患者氏名	_____ 様			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (才)
住 所	〒	-		
電話番号	-	-		
傷 病 名				
紹介目的	精査	加療	入院	手術 転医 その他 (_____)
既往歴及び家族歴	無・有 (_____)			
病状経過・治療経過・検査結果				
現在の処方	無・有 (_____)			
感染症	無・有 (_____)	MRSA (_____)	検体 (_____)	
皮膚疾患	無・有 (_____)	疥癬	無・有	感染性 無・有
備 考	無・有 (_____)			

※事務の方へ - FAXで申込みの場合、保険情報をご記入下さい。

保険者番号		老人・高齢者	老 ・ 高	9 割 ・ 3 割
記号・番号		市町村番号		
資格取得日		受給者番号		
被保険者名		続 柄	本人 ・ 家族	
保険者及び事業所名称				

※必要がある場合は続紙に記載してご添付下さい。

※必要がある場合は画像診断のフィルム・検査の記録をご添付下さい。