

診療情報提供書

年 月 日

上越地域医療センター病院
患者支援センター 御中

FAX 番号 025-546-7585

※FAX送信後の原本は
患者様を通じて、当院へ
お持ちいただくよう、
お願いいたします。

紹介元医療機関

担当医師名

所在地

電話番号

FAX番号

フリガナ			電話										
患者氏名			番号										
生年月日	年 月 日生 (歳)												
住 所													
診療科	歯科口腔外科												
病名・臨床経過・紹介目的・診察を希望する医師名等													
診察希望日	年 月 日 (曜日) 時												
当院受診歴			受診歴 有の方	年 月頃 () 科受診									
保険証		記 号		番 号		保険者 番 号							
① 公 費	公費番号						受給者番号						
② 公 費	公費番号						受給者番号						

※至急及び当日受診希望の患者様につきましては直接外来へご連絡ください。

☎025-523-2131 (代表)