

# 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		性別	電話	( )
患者氏名		男・女	番号	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)			
住所	県・都・府 市			
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

\*現在の状況：患者さまが待合室で  待っている  待っていない (下記)

\*「待っていない」場合は、平日 13:30 から 16:00 までに患者さまから病院代表番号に、お電話を入れていただくよう、ご説明をお願いいたします。

診察希望日	<input type="checkbox"/> 有 ( 月 日 曜日 頃) ( 時 頃) <input type="checkbox"/> 無										
当院受診歴	有・無		受診歴 有の方	年 月 頃 ( ) 科受診							
保険証	本人 家族	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各外来へご連絡ください。【☎025-523-2131】