

ご紹介患者様診療申込票・診療情報提供書

本書類以外の診療情報提供書、検査データは不要です。

年 月 日

福山循環器病院 地域医療連携室

TEL:084-931-1112

FAX:084-929-1140

紹介元医療機関

医師名

TEL

FAX

※FAX番号は必ずご記入ください

専門外来	肥満外来	医師名	後藤賢治 医師
------	------	-----	---------

ふりがな	性別	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日(才)
患者氏名	男・女		
住所	〒		
連絡先	自宅()ー()ー() 携帯電話()ー()ー()		
当院受診歴	あり ・ なし ・ 不明	旧姓() ※重複登録防止のため	
第1希望	年 月 日	(月曜日 ・ 火曜日 ・ 金曜日)	
第2希望	年 月 日	(月曜日 ・ 火曜日 ・ 金曜日)	
☐ いつでもかまわない			

◎紹介目的等

身長	cm	体重	kg
傷病名	☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 2型糖尿病		
既往歴			
(特記事項)			

【受付時間:月曜日～金曜日 8:30～17:00 時間外のFAXは、翌診療日の対応になります。】

ご紹介頂いた患者さんが受診した後に、当院から診療情報提供書を送付させていただきます。(※ご不要であれば、チェックを入れてください。□)