新潟県厚生連　新潟医療センター　受診依頼票

送信先:地域医療連携室　直通　TEL　025-232-1216　FAX 025-232-1246

ご依頼元	医　療 機関名			科
	医 師 名	先生	ご連絡 担当者	様
	電　話	（　　）	ＦＡＸ	（　　）

患者様情報	フリガナ		年齢	性別
	氏　名		歳	□男 □女
	生年月日	□明治　□大正　□昭和　□平成　□令和　　年　　月　　日		
	住　所	〒　　電話番号（　　）		

希望受診科	希望医師名	希望受診日
科	医師	月　　日　（　　）

《御紹介の目的》

《病状経過・治療経過・現在の処方》

発信日　　年　　月　　日

（R1.5）