

独立行政法人国立病院機構 村山医療センター専用診療依頼書

国立病院機構村山医療センター 地域医療連携係 宛 平成 年 月 日  
患者さま情報

ふりがな 男  
氏 名 女  
MTSH 年 月 日生 ( 歳 )  
住 所

紹介医療機関  
の名称・住所

医師名  
TEL ( )  
FAX ( )

TEL ( )

保険関係 (公費負担番号)

保険者番号										(公費負担番号)
記号・番号										
継続の ( 有 ・ 無 ) 被保険者との続柄 ( 本人 ・ 家族 )										(公費負担医療の受給者番号)

受診希望診療科・希望医師等

診療科 ( 科 ) 医師 ( 医師)

受診希望日 年 月 日 時頃

※整形外科は部位の専門医が診察しますので部位に○を付して下さい

( ) 脊椎・脊髄、( ) 股・膝関節・下肢、( ) 手・上肢・足

( ) セカンドオピニオン、その他 ( )

患者さまの病名及び主訴、主症状など差し支えなければ下欄にご記入をお願いします。

地域医療連携係からのお願い

- このFAX用紙は、事前の予約とカルテを作成するためのものです。
- 受診希望日の前日(土曜・日曜・祝日・年末年始を除く8時30分から17時00分)までにFAXをお願いいたします。
- 次のページは専用の診療情報提供書です。貴院の様式でも差し支えありません。
- この用紙によりご紹介いただいた患者さまは待ち時間が短縮されます。
- 救急の患者さま及び当日の受診患者さまの場合は直接病院にお電話いただき、当院の医師と確認の上、患者さまに紹介状を受付窓口にお渡しいただくようご説明下さい。

送付先

地域医療連携係 FAX 042-561-0997

〒208-0011 東京都武蔵村山市学園 2-37-1

独立行政法人国立病院機構村山医療センター

地域医療連携室 地域医療連携係 TEL 042-561-2535

医療福祉相談係 TEL 042-561-1254

独立行政法人国立病院機構 **村山医療センター専用診療情報提供書**

国立病院機構村山医療センター 地域医療連携係 宛 平成 年 月 日  
患者さまについて

ふりがな 男  
氏名 女  
MTSH 年 月 日生 ( 歳 )  
住所

紹介医療機関  
の名称・住所

医師名  
TEL ( )  
FAX ( )

TEL ( )

保険関係 (公費負担番号)

保険者番号										(公費負担番号)								
記号・番号																		
継続の(有・無) 被保険者との続柄(本人・家族)										(公費負担医療の受給者番号)								

受診希望診療科・希望医師等

診療科 ( 科 ) 医師 ( 医師 )

受診希望日 年 月 日 時頃

※整形外科は部位の専門医が診察しますので部位に○を付して下さい  
( ) 脊椎・脊髄、( ) 股・膝関節・下肢、( ) 手・上肢・足  
( ) セカンドオピニオン、その他 ( )

病名及び主訴、主症状

現病歴、検査所見、治療経過、現在の処方、患者さまへの説明内容等

添付資料 (無 X P CT画像 MRI画像 ECG 内視鏡フィルム ( ) )

独立行政法人国立病院機構 **村山医療センター専用診療情報提供書**

国立病院機構村山医療センター 地域医療連携係 宛 平成 年 月 日  
患者さまについて

ふりがな 男  
氏名 女  
MTSH 年 月 日生 ( 歳 )  
住所

紹介医療機関  
の名称・住所

医師名  
TEL ( )  
FAX ( )

TEL ( )

保険関係 (公費負担番号)

保険者番号										(公費負担番号)
記号・番号										
継続の ( 有 ・ 無 ) 被保険者との続柄 ( 本人 ・ 家族 )										(公費負担医療の受給者番号)

受診希望診療科・希望医師等

診療科 ( 科 ) 医師 ( 医師 )

受診希望日 年 月 日 時頃

※整形外科は部位の専門医が診察しますので部位に○を付して下さい  
( ) 脊椎・脊髄、( ) 股・膝関節・下肢、( ) 手・上肢・足  
( ) セカンドオピニオン、その他 ( )

病名及び主訴、主症状

現病歴、検査所見、治療経過、現在の処方、患者さまへの説明内容等

添付資料 ( 無 X P C T画像 M R I 画像 E C G 内視鏡フィルム ( ) )