平成　　年　　月　　日

依　頼　票
（診療情報提供等）

依頼元　貴医療機関名：

住　　所：

医 師 氏 名：　　診療科：

連絡担当者
部門・氏名：

電 話 番 号：

ＦＡＸ番号：

さいたま市立病院

依頼先　さいたま市立病院

科　　先生

患者	フリガナ		性　別	住所	〒
	氏名		男・女	電話番号	（　　）　　－
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		当院の受診歴	□ 有　□ 無

傷病名	
既往歴	
依頼事項	□ 別紙参照 上記事項につき、ご返事をお願いします。
その他	

さいたま市立病院　地域医療連携室
〒 336-8522 さいたま市緑区三室２４６０
電　話　（048）873－7440（直通）
ＦＡＸ　（048）873－7441（直通）