令和　　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	大・昭・平・令　　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　患者支援センター　地域医療連携担当
〒336-8522　さいたま市緑区大字三室２４６０
電　話　（048）873－7440（直通）
ＦＡＸ　（048）873－7441（直通）