

## 医療機関受診歴連絡表

例

氏名	医療機関名	前回受診日	受診頻度	主な病名	*確認 SV
松山 太郎	えひめ病院	H23.4.1	1週間毎	糖尿病	
愛媛 二郎	市役所内科	約3カ月前	半年毎	がん術後	

- \* 医療機関との連携を図るため可能な限り記入ください。
- \* 申請後、止むを得ず上記以外の医療機関を受診する場合は、必ず受診前に（土日・夜間等受診時は翌開庁日速やかに）担当まで連絡ください。
- \* 「\*確認」欄は記入不要です。