

診療情報提供書 (患者紹介予約申込書)

岩見沢市立総合病院

(申込年月日)

地域医療連携室 宛

(紹介元医療機関) 〒

〒068-8555 岩見沢市9条西7丁目2番地
TEL (代表) 0126-22-1650 (内線1261)

住所:

名称:

医師氏名:

印

FAX: (0126) 22-1821 (直通)

TEL: -

FAX: -

フリガナ		性別	住所	
患者様氏名		男 女	〒	
生年月日	大 昭 平 令	年	TEL	
	月 日	歳		
IDカード	有 () ・ 無	携帯電話		
患者様の状況	現在外来で返事を待っている	帰宅済み	入院中	
付き添い	有 (続柄):	無		
当日交通手段	自家用車	救急車	その他 ()	

診療希望

依頼医師名 ()

*担当医を当院にお任せ頂ける場合は未記入で可

(希望受診日 第1希望 月 日 ・ 第2希望 月 日 ・ 第3希望 月 日)

内科 ()	呼吸器	循環器	その他 ()
消化器内科	小児科	外科・透析	整形外科 産婦人科
耳鼻咽喉科	眼科	皮膚科	泌尿器科 麻酔科
脳神経外科	メンタルヘルス		

検査希望

*当院で検査のみを御希望の場合はこちらへ御記入下さい。

検査後画像診断の結果は郵送させていただきます。

CT	(部位:)	単純	・	造影
MRI	(部位:)	単純	・	造影
RI	(部位:)			
骨塩定量	その他 ()			
*画像の形態希望	レントゲンフィルム	CD-ROM		

紹介目的	入院 ()	医師に連絡済)	診療	検査
	その他 ()			
主訴又は傷病名				
既往歴(検査含)・家族歴				
症状経過 治療経過 (現在の処方等)				
	※検査データ・処方内容の添付をお願いいたします。			
移動手段	歩行可	車椅子	ストレッチャー	
患者状態 (わかる範囲でご記入下さい。)	身長 cm	体重 kg		
	感染症 (有 無)	認知症 (有 無)		
	造影剤過敏 (有 無)	薬剤過敏 (有 無)		
要望・留意事項				