

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	月 日 歳	TEL	
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 ()	呼吸器内科	循環器内科	腎臓内科	その他 ()	
消化器内科	小児科	外科	透析外科	血管外科	乳腺外科 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	歯科口腔外科			

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
MR I	(部位:)	単純	・	造影
RI	(部位:)	MRCP		
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				