

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 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
主訴又は傷病名	その他 ()		
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			