

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

## 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
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			