

(申込年月日) 平成 年 月 日

岩見沢市立総合病院

(紹介元医療機関) 〒 -

地域医療連携室 宛

住所

〒068-8555 岩見沢市9条西7丁目2番地

名称

TEL(代表)0126-22-1650(内線 1261)

医師氏名

印

FAX (0126) 22-1821 (直通)

TEL・FAX

フリガナ		性別	男 ・ 女	
患者様氏名		住所	〒 -	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	TEL	- -	
当院受診歴	有 (IDカード番号) ・ 無	備考		
患者様の状況	1. 現在外来で返事を待っている		2. 帰宅済み	3. 入院中
当日交通手段	1. 公共交通機関		2. 救急車	3. 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)

- | | | | |
|---------------------------|----------|----------|-----------|
| 1. 内科 (1.呼吸器 2.循環器 3.その他) | 2. 消化器内科 | 3. 小児科 | 4. 外科・透析 |
| 5. 整形外科 | 6. 産婦人科 | 7. 耳鼻咽喉科 | 8. 眼科 |
| 9. 皮膚科 | 10. 泌尿器科 | 11. 麻酔科 | 12. 脳神経外科 |
| 13.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。

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. CT (部位:) 単純・造影 | 2. MRI (部位:) 単純・造影 |
| 3. RI (部位:) | 4. 骨塩定量 |
| 5. その他 () | |
| *画像の形態希望 | 1. レントゲンフィルム |
| | 2. CD-ROM |

紹介目的	1. 入院 (医師に連絡済) 2. 診療 3. 検査 4. 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)				
患者様の状態 (分かる範囲で ご記入下さい。)	身長(cm) ・ 体重(kg)	歩行可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー		
	感染症 (有 ・ 無)	認知 (有 ・ 無)		
	造影剤過敏 (有 ・ 無)	薬剤過敏 (有 ・ 無)		
要望・留意事項				

* 患者様直接持参、又は郵送の場合はお手数ですが控えとしてお手元にコピーを残してください。

また、その際にもう1枚コピーして、2枚同じものを同封していただけると幸いです。