

受診予約申込票
(患者紹介状・診療情報提供書)

製鉄記念室蘭病院 提出用

(紹介先)
製鉄記念室蘭病院 地域医療連携室 行き
FAX 0143-47-4305 TEL 0143-47-4304

年 月 日
(紹介元)
医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師氏名 (印)

◆緊急の有無	有 / 無
救急車の使用	有 : 市等の救急車・自院の救急車 / 無
救急車以外の来院	自家用車 : 本人運転・家族運転 / 他()
Dr to Dr連絡	済 : 医師名 / 未済

希望診療科	内科・循環器内科	消化器内科	血液内科	呼吸器内科	小児科	外科	呼吸器外科	整形外科	心臓血管外科
	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	緩和ケア	その他()	救急診療科
予約希望日	第1希望 月 日()			第2希望 月 日()			(希望医師: 医師)		
	<input type="checkbox"/> 希望日なし	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり()		<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日()					

※希望医師ありの場合は、調整にお時間を要します。

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	男・女
患者氏名				
患者住所	〒 - 自宅TEL 日中連絡先TEL			当院受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月頃
紹介目的	1 受診依頼 2 検査依頼 3 手術依頼 4 その他() ※入院依頼はDr to Drをお願いします			
ADL	1 自力歩行 2 要介助 3 寝たきり 4 その他()			患者返送希望 有・無
患者の状況	1 外来で待っています 2 帰宅しました 3 入院中です 4 その他()			
傷病名又は症状				
症状経過 検査結果 治療経過	(<input type="checkbox"/> 別紙添付) ※ 食物・薬物アレルギー 無・有()			
現在の処方	(<input type="checkbox"/> 別紙添付) ※ スワネット登録 無・有			
添付資料	無・有 X線画像データ・内視鏡画像データ・その他()			

■【必須】以下に保険情報をご記入願います(保険証コピーをFAXでも構いません)

主保険	保険者番号	記号・番号	1. 本人 2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	

■予約が完了しましたら、「受診予約受付票・受診予約票」をFAXいたします。「受診予約票(受診者用)」を患者様にお渡しください。なお、当日受診の場合はFAXを省かせていただきます。

〔依頼元担当者〕	部署:	名前:	TEL:
----------	-----	-----	------

★時間外・休日に救急外来を受診する場合は、まず0143-44-4650にお電話をお願いします。
受入決定後、0143-47-4320にFAXをお願いします。