

患者紹介状

(受診予約票・診療情報提供書)

年 月 日

(紹介先)

(紹介元)

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携課 行き

医療機関名

FAX ☎ 0800-800-4305

TEL ☎ 0800-800-4304

所在地

TEL

Fax

医師名

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)
その他の車両 (自家用車: 本人運転・家族運転・その他)
- *Dr to Dr連絡 (済: 医師名 / 未済)

希望診療科	内科・循環器	消化器内科	血液腫瘍内科	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		
希望日時	年 月 日 ()			年 月 日 ()			希望医師 <input type="checkbox"/> 救急	医師	

※皮膚科は現在予約を受けておりません

フリガナ		生年月日	職業
患者氏名	男・女	#VALUE!	
患者住所	〒 -	自宅TEL	連絡先TEL
紹介目的	1 受診依頼 2 検査依頼 3 手術依頼 4 その他 ()		
ADL等	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
傷病名又は症状			

症状経過、検査結果、治療経過等 (※ 別紙添付)

※ 食物・薬物アレルギー 有・無

現在の処方

張付資料 有・無 X線フィルム ・ 内視鏡フィルム ・ その他 ()

○ 受付(カルテ・IDカードの作成等)を行っておくために、保険証のコピーもFAXしてください。

なお、保険証コピーのFAXができない場合には、下の主保険・併用保険の番号を必ずご記入ねがいます。

紹介元医療機関 受診形態	外来・入院 (特定入院料・療養・老人病棟・有床診療所・介護)		
主 保 険	保 険 者 番 号	記 号 ・ 番 号	1. 本人 2. 家族
	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	老人医療自己負担 1割・2割

○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)」を患者さまにお渡しください。なお、当日の受診の場合はFAXを省かせていただいております。

[依頼元機関担当者] 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、TEL0143-44-4650にお電話を。受入決定後、FAX0143-47-4320にファックスしてください。