

送信先 FAX 0125-22-3273 TEL 0125-22-4311 内線 1208 地域医療室

(様式1-1)

予約票を返信しますので、患者様へお渡し下さい。

希望日時が当日の場合、FAX送信後、地域医療室まで、電話をお願いいたします。

受診	月	日	至急の場合には○印をつけて下さい。
希望日時	時	分	

診療情報提供書

年 月 日

滝川市立病院 地域医療室 宛

[]科

[]医師

【依頼医療機関】

住所
名称
医師名
TEL
FAX

フリガナ		住所	
患者氏名	様 男・女	住所	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	電話	() -

- | | | | | | |
|---------|--------|----------|-----------|---------|---------|
| 1. 内科 | 2. 小児科 | 3. 外科 | 4. 整形外科 | 5. 皮膚科 | 6. 泌尿器科 |
| 7. 産婦人科 | 8. 眼科 | 9. 耳鼻咽喉科 | 10. 精神神経科 | 11. 麻酔科 | |

主訴または傷病名				
既往歴及び家族歴 症状経過 治療経過 現在の処方				
	患者の状態 該当するものに○を 付けて下さい	歩行	車椅子	ストレッチャー