

診療情報提供書(受診申込書)

(様式1-1)

令和 年 月 日

滝川市立病院 地域医療室宛
〒073-0022
滝川市大町2丁目2番34号
TEL 0125-22-4311(内線1208)
FAX 0125-22-3273(直通)

紹介元医療機関

医療機関名 : _____

住 所 : _____

TEL : _____

FAX : _____

医師名 : _____

予約担当者 : _____

1. 当院に受診歴の無い場合は、保険情報も送信してください
2. 受診予約票を送信しますので、患者様へお渡しください

フリガナ		住所	〒
患者氏名	男 女		
生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	

診療希望科に ○を付けてください	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科
		産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	精神神経科	麻酔科
主訴または傷病名						
症状経過 治療経過 現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書参照					
資料	無 有【 CD-R X-P 検査記録 その他() 】					
患者の状態	歩行可 車いす ストレッチャー その他()					
患者の状況及び 予約日時の連絡方法	現在外来で返事を待っている 帰宅済み、紹介元医療機関から連絡 紹介元医療機関に入院中 その他()					
受診希望日	いつでもよい 都合の悪い日:					
	【第1希望】 月 日 時頃 【第2希望】 月 日 時頃					
希望医師名	ご希望がある場合にはご記入下さい					
要望事項 留意事項等						