（様式1-1）

診療情報提供書（受診申込書）

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4208）
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	□ 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						