

受診予約票・診療情報提供書

市立千歳市民病院
地域医療連携課 宛

平成 年 月 日

医師名 _____
TEL 0123-24-3000
内線 138
FAX 0123-49-6729

御紹介元
御住所
医師御氏名
T E L
F A X

希望診療科	内科				5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	1	2	3	4	循環器科	消化器科	小児科	外科	脳神経外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	人工透析	麻酔科
	一般内科	糖尿病	呼吸器	膠原病													

患者	フリガナ				性別	受診歴	1. 有 2. 無	
	氏名					生年月日	#### 歳	
	住所	〒 -					連絡先	

TEL(自宅) _____ 連絡先 _____

診断名(主訴) _____
紹介目的 1. 通院 2. 入院 3. 精査 4. その他()
ADL等 1. 自力歩行 2. 車椅子 3. 寝たきり 4. その他()

既往歴及び家族歴 _____

病状経過
治療経過
現在の処方等

予約希望日又は曜日 第1 () 第2 ()

主保険	記号・番号			1. 本人 2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種別	1. 有 2. 無
			乳・労災・()	

- 1 本用紙をFAXでお送りください。予約日時はFAXで返信しますので、患者様にお渡しく下さい。
- 2 FAXにて依頼された場合は、地域医療連携室で事前に受付を行いますので、保険者番号等は必ずご記入ください。
- 3 17時以降の二次救急で急を要するご紹介は、救急外来に電話連絡後にFAX(0123-24-3006)に送信してください。