

診療情報提供書 (受診・入院依頼票)

平成 年 月 日

留萌市立病院
 医療連携室 宛
 〒077-8511
 留萌市東雲町2丁目16番地1
 電話 0164-49-1011
 F A X 0164-42-1735

紹介元医療機関の住所・名称
 住 所
 名 称
 医師氏名
 電話番号
 F A X 番号

フリガナ		住所	〒
患者様氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		電話 () -
生年月日	年 月 日 (歳)		FAX () -
留萌市立病院の受診歴 <input type="checkbox"/> 有 (受診カードNo.) <input type="checkbox"/> 無			

※患者様のカルテを事前に作成することで受付時間の短縮を図ります。

保険者番号	記号・番号	保険者番号	記号・番号
被保険者の氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	

※カルテ表紙のコピーでも結構です。

患者様の状態	身長 cm 体重 kg <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 感染症 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他)		
希望診療科名	<input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 総合内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 神経精神科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科		
主訴又は主病名			
既往歴 及び家族			
症状経過 治療経緯 現在の処方等			
添付資料	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	① 希望日 月 日 曜日	
		② 希望日 月 日 曜日	
		<input type="checkbox"/> 希望日は特になし	

・枠内の項目をご記入のうえ、上記FAXにて送信願います。