

診療情報提供書(受診・入院依頼票)

令和 年 月 日

留萌市立病院
 患者支援センター 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	□ 男 □ 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)
患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で返事待ち <input type="checkbox"/> 帰宅済み

希望診療科名	<input type="checkbox"/> 総合内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <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"/> その他 ()			
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	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書参照			
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。