受診申込票

（診療情報提供書）

令和　　年　　月　　日

市立室蘭総合病院
Muroran City General Hospital

地域連携室 行き

〒051−8512
室蘭市山手町3丁目8番1号
直通電話 0143−25−1121　代表 25−3111
直通FAX 0143−25−2209

紹介元医療機関
名　称
所在地
ＴＥＬ
ＦＡＸ
医師氏名

フリガナ		男	住　所	〒
氏　名	様	女		
生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日（　歳）		電話番号	自宅　（　　）　－ 携帯　（　　）　－

※ 連 絡 等	**1・患者さんは(お待ちです・帰宅しました)　2.受診予約等の連絡は(当院へ・患者さんの自宅へ)**

○患者さんの保険情報について下記へご記入下さい。保険証等のコピーをFAXしていただいても結構です。

主　保　険	保　険　者　番　号	記号	番号	枝番
1.本人　2.家族				

（ 希望診療科 ： 該当する科を○で囲んでください ）

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
消化器病センター（消化器内科）	循環器内科	呼吸器内科	糖尿病内科	神経内科	総合診療科	消化器外科	呼吸器外科	麻酔科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	皮膚科	泌尿器科	放射線科	精神科	脳神経外科	小児科

希望医師名	
予約希望日	①令和　　年　　月　　日（　）②令和　　年　　月　　日（　）

※外来の受付時間外、緊急、入院目的の場合は、Dr to Drにてお願いします。

紹介目的	1. 診療	2. 検査	3.診療及び検査	
患者さんの状態	1. 歩行可	2. 車椅子	3.ストレッチャー	貴院での状況 外来通院中・入院中
	付き添い【無／有　1.家族　2.看護師　4.その他（　　）】			
主訴又は主病名 症状経過 現在の処方	※別紙添付可			
持参資料	【無・有】 CD-R ・ X線ﾌｨﾙﾑ ・ 検査データ			

＊＊申込担当者名　　連絡先部署名　　TEL内線等