

診療情報提供書(受診依頼票)

令和 年 月 日

みよし市民病院 【TEL】0561-33-3300 【FAX】0561-33-3302

科 先生

<FAX予約 希望日>

- いつでも可
- ① 令和 年 月 日 ()
- ② 令和 年 月 日 ()
- ③ 令和 年 月 日 ()

本日受診希望 救急車

医療機関名
医師名 ⑩
TEL
FAX

<ネット予約>

令和 年 月 日 () 時 分

<その他希望事項>

<予約確定日> 令和 年 月 日 () 時 分

フリガナ				男・女	生年 月日	明・大・昭・平・令
患者氏名	旧姓		様	女	月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 -			TEL	自宅 携帯	
受診当日の状況	通院中・入院中	紹介先医療機関受診歴	有 (ID) ・ 無			
ペースメーカー	有 ・ 無					
保険証とお薬手帳を検査当日に持参するようご指導をお願いいたします。						
依頼内容	1. 外来診察依頼 2. 入院依頼 3. 転院依頼 (入院→入院)					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 手術目的 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン (その他:)					
傷病名 主 訴						
<既往歴・家族歴/経過及び検査結果>						
<input type="checkbox"/> 別紙参照						
添付資料: X-P ・ CT ・ MRI ・ 心電図 ・ 超音波検査 (部位:) ・ その他 ()						
【外来除く】 認知症 → 有 ・ 無				【外来除く】 ADL → 自立 ・ 要介助 ・ 寝たきり		
【来院方法】 独歩 ・ 車イス ・ ベッド						
【現在の処方】						