

# 診療情報提供書（患者紹介予約申込専用）

R3.08

※FAX の誤送信に十分ご注意ください。

(申込年月日) 令和 年 月 日

## 【依頼医療機関】

<b>深川市立病院</b> <b>地域連携室 宛</b> 〒074-0006 深川市6条6番1号 電話 0164-23-2732 (専用) FAX 0164-23-2712 (専用) 受付時間 平日8:30~16:00
--

住所	
名称	
医師名	
電話	
FAX	

<b>深川市立病院 診療券患者番号</b> (当院診療券をお持ちの方はご記入ください) 【 <b>—</b> 】				
フリガナ		年齢	性別	生年月日
氏名		才	男・女	T・S・H・R 年 月 日
住所	〒 _____ 電話 (                    )                    —			

<b>希望医師名</b>	(※ご希望ある場合のみご記入ください)
<b>希望診療日</b>	第1希望 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃      第2希望 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 希望日時は特になし <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 (                    )
<b>希望診療科</b>	① 内科    ② 泌尿器科    ③ 外科    ④ 眼科    ⑤ 耳鼻咽喉科 ※記載のない診療科は予約不可となります
<b>患者さんの状況</b>	<input type="checkbox"/> 現在外来で返事 (予約票) を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他

※予約申込書 (本用紙) とは別に、診療情報提供書を送付されても構いません。

<b>紹介目的</b>	診察 ・ 精密検査 ・ その他 (                    )
<b>傷病名・主訴</b>	
<b>症状経過 治療経過 現在の処方等</b>	
<b>要望・留意事項</b>	

※診療日が決まりましたら「予約票」をFAXで返信しますので、患者さまにお渡しください。

※当日の予約対応は行っておりませんのでご注意ください。

※予約受付時間外、診療科外来の休診時 (手術等) のお申し込みにつきましては、翌日以降の対応となりますのでご了承ください。

※本用紙は、外来予約専用の申込書です。緊急を要する場合や入院、転院に関する場合は、担当科の医師へ電話 (0164-22-1101) でご相談ください。