

診療依頼書 (予約票)

令和 年 月 日

南相馬市立総合病院
地域医療連携室 経由
(直通) TEL 0244-22-3185
FAX 0244-25-3320
(代表) TEL 0244-22-3181
FAX 0244-22-8853

所在地
医療機関名
医師名
TEL
FAX

印

フリガナ	
患者氏名	様 (男・女)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
患者住所	
電話番号 (携帯可)	
傷病名	
紹介目的 (患者様の状況)	
診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> その他の診療科 (科) ※事前に診療情報提供書をFAXしていただきますようお願いいたします。
希望医師名	先生 (<input type="checkbox"/> 希望医師なし)
受診希望日	① 令和 年 月 日 () ② 受診日いつでも可 ③ その他 () ※患者様には「診療情報提供書」「保険証」等、受診に必要な書類をご持参のうえ、受付カウンターに提出していただけますようお願いいたします。
その他 (必要に応じて 記入願います。)	① 担当医との電話連絡 済・未 ② 緊急性の有無 有・無 ③ 当院の受診歴 有・無・不明 ④ 来院方法 救急車・自家用車・タクシー・施設車両・その他
備考 (滞在先等)	