

予約申込書・診療情報提供書

令和 年 月 日

〒057-0007 浦河郡浦河町東町ちのみ1丁目2番1号



浦河赤十字病院
地域医療連携課 宛

FAX:0146-22-5364 TEL:0146-22-5111
内線282・283

依頼医療機関

所在地

名称

TEL: - - FAX: - -

医師名

担当者名

フリガナ		生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日生 (歳)
患者様氏名	男 様 女	住所 電話 - -

受診希望日時	第1希望	年 月 日	曜日	午前・午後	時 分頃
	第2希望	年 月 日	曜日	午前・午後	時 分頃

希望受診科 (☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 内科 (☐一般内科、☐循環器、☐腎専門、☐糖尿病専門) <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"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科
----------------------	---

希望医師名	Dr to Dr 未・済 医師名()
-------	---------------------

主病名	
-----	--

症状経過 治療経過 現在の処方等	
------------------------	--

患者様の状況	① 貴医療機関でFAXの送信待ち ② 帰宅済 ③ 入院中 ④ その他 ()
--------	---

※紹介元医療機関より地域医療連携課に電話連絡 (受診希望日の、前日12時まで)

※緊急の場合はDr to Drをお願い致します。

※紹介患者の画像情報については可能な限りCD-Rに記録してご提供ください。