

# 紹介患者受診予約申込書兼診療情報提供書

(様式1 第6条関係)  
苫小牧市立病院

宛先 (送信先)  
〒053-8567  
苫小牧市清水町1丁目5番20号  
**苫小牧市立病院** 地域医療連携室  
電話番号 0144-84-0158 (直通)  
FAX番号 0144-33-4678 (直通)

作成月日	年 月 日
ご紹介元 医療機関名	
医師ご氏名	
電話番号	
FAX番号	

フリガナ		(旧姓)	生年 月日	T・S・H・R 年 月 日	性別	男 ・ 女
患者氏名						
住 所	〒					
電話番号	自宅		自宅以外の連絡先			
当院の受診歴	有 ・ 無		当院のID番号 (確認できる場合)			

受診日程の 連絡方法	<input type="checkbox"/> 患者は待機中 市立病院から紹介元へ連絡	<input type="checkbox"/> 患者は帰宅済み 市立病院から紹介元へ連絡	<input type="checkbox"/> 患者は帰宅済み 市立病院から患者へ連絡
---------------	---	--	---

受診希望日 (病状上の判断)	<input type="checkbox"/> 翌 日	<input type="checkbox"/> 5日以内	<input type="checkbox"/> 2週間以内	<input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

(患者の希望)	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ( )	<input type="checkbox"/> 特に指定なし
---------	-------------------------------------	---------------------------------

受診希望 診療科  ※ の科は診療体制から 早期の受診対応が 難しい場合がございます	1 内科	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																					
	<input type="checkbox"/> 内 科 (一 般)	<input type="checkbox"/> リ ウ マ チ	<input type="checkbox"/> 膠 原 病 外 来	<input type="checkbox"/> 内 分 泌 外 来	<input type="checkbox"/> 糖 尿 病	<input type="checkbox"/> 腎 外 来	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 消 化 器 内 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 循 環 器 内 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 呼 吸 器 内 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 脳 神 經 内 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 小 児 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 消 化 器 外 科	<input type="checkbox"/> 外 科	<input type="checkbox"/> 整 形 外 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 脳 神 經 外 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 皮 膚 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 泌 尿 器 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 産 婦 人 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 眼 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 耳 鼻 咽 喉 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 麻 酔 科	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/> 歯 科 口 腔 外 科	<input type="checkbox"/> ※

主訴又は傷病名	
---------	--

症 状 経 過 治 療 経 過 現在の処方等	<input type="checkbox"/> 別紙 (診療情報提供書) のとおり

労災・交通事故	労 災 ・ 交通事故 に該当する (備考 )
---------	------------------------

お急ぎの場合や、入院が必要となる場合は、当院医師宛てにお電話でご連絡をいただくようお願いいたします。

【2023年7月現在】