

糸魚川総合病院の紹介患者事前申込書 (FAX・メール用)

FAX番号 (直通) 025-552-0815

E-mail: itohp-renkei@juno.ocn.ne.jp

送付日 令和 年 月 日

糸魚川総合病院 地域医療連携室 行

(依頼元) 医療機関名

電話番号

FAX番号

医師名

予約のお申込みの際は診療情報提供書を一緒に送信してください。

ご希望の科に丸印をつけて下さい

- ・内科

{	一般	循環器
	糖尿病	腎臓
	呼吸器	消化器
	血液	肝臓
	総合診療	膠原病
- ・小児科

{	一般	循環器
	神経	

・外科 ・膵臓 胆道外来 ・脳神経外科 ・神経内科 ・産婦人科 ・耳鼻咽喉科

・眼科 ・整形外科 ・皮膚科 ・泌尿器科 ・呼吸器外科 ・心臓血管外科 ・歯科

・骨密度 1, 腰椎+ (右、左、股関節) 2, 腰椎

・心エコー 具体的な依頼内容 (必須) ○印を付けて下さい。

- 1, 心拡大精査 2, 心雑音精査 3, 浮腫精査 4, 息切れの原因
- 5, 前回との比較 (備考欄に内容を記入)

備考 (病状及び症状をお書き下さい)

[]

受診不可能な日・曜日があればお書き下さい

希望医師名: _____

丸印をつけて下さい

- 予約日の返事は…
 - ・至急
 - ・本日中
 - 時頃まで
 - ・後日
- (患者様がお待ちです)

紹介患者情報

ふりがな 氏名 :	性別	男 ・ 女	生年 月 日	T S H R	年 月 日生 (歳)
住所 :	TEL :				

丸印をつけて下さい

- 糸魚川総合病院に受診されたことが…
- ・ある
- ・ない

※FAX受付時間 平日 9:00~16:00

※ご希望の医師が受診予定日に不在の場合は、他の医師が担当させていただくことになります。

※診療日・受付時間・注意事項などは、病院の外来診療担当医表やお知らせをご覧ください。

※折り返し「診療予約通知書」をFAX致しますので、患者様にお渡し下さい。

※ご不明な点等ありましたら、地域医療連携室あてお問い合わせ下さい。

糸魚川総合病院 地域医療連携室

TEL 025-552-0280

様式1 (R3.4改訂)