

開放型病床利用申込書（紹介状）

豊川市民病院 宛て

令和 年 月 日

受診希望科	科	(紹介元医療機関)		
医師の指定	<input type="checkbox"/> 指定医師名()医師	所在地:		
	<input type="checkbox"/> 担当医は病院の診療体制にゆだねる	名称:		
外来受診 希望日	<input type="checkbox"/> 月 日()	診療科:	科	
	<input type="checkbox"/> 診察日は病院の診療体制にゆだねる	医師氏名:		
	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日があればご記入ください	TEL:	-	-
		FAX:	-	-
<input type="checkbox"/> 本日受診 (救急車使用 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)				

↑ 緊急の場合、事前に診療科へご相談のうえ、「本日受診」にチェックを打ち、本書をFAX送信してください。

※本申し込みにより、外来受診日時のご案内をいたします。入院の可否は、当院医師の診察により判断します。

※本書による受付は平日8時30分から17時00分までです。

フリガナ								男・女	現住所										
氏名																			
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日(歳)														
電話番号	-																		
被 保 険 者 証	保険者番号							公費種別	子ども・障害・母子・特疾・精神 生保・その他()										
	記号								公費負担者番号										
	番号									受給者番号									
	本人・家族			負担割合				割											

豊川市民病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有り(患者番号:)	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明
現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 入院中	

紹介状 <input type="checkbox"/> 別添のとおり	添付資料	画像等	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 無
		検査結果	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
傷病名:				
症状、紹介医が想定する治療方針等:				
処方内容:				

●受診依頼に関するお問い合わせ・連絡先

病診連携室 TEL 0533-89-5825(平日8:30~17:00) FAX 0533-89-5108(平日8:30-19:00、土曜9:00-13:00)

救急センター TEL 0533-86-1119 FAX 0533-95-8180

各診療科 TEL 0533-86-1111(代表電話より)

※以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

患者番号	患者情報・紹介情報登録	予約票送付	受診予約登録
------	-------------	-------	--------