

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
------	-------------	-------	--------