

受診依頼票(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 指定医師名(_____)医師

所在地:

担当医は病院の診療体制にゆだねる

名称:

_____ 月 _____ 日(_____)

診療科:

科

外来受診希望日 診察日は病院の診療体制にゆだねる

医師氏名:

都合の悪い日があればご記入ください

TEL: _____

FAX: _____

本日受診 (救急車使用 有り 無し)

●平日の受診は、午前11時00分までに「3紹介受付」で受け付けが必要です。
受け付けが午前11時00分を過ぎた場合、「救急科」での受診となる場合があります。

●次の場合、事前の連絡をお願いします。

- ・平日診療時間内の受診希望で、受け付けが午前11時00分を過ぎる場合各診療科へ
- ・ " " 来院が「救急車」の場合各診療科へ
- ・ 土日祝日、診療時間外等で「救急科」の受診を希望する場合(来院方法によらず) ...救急センターへ

連絡済み

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														
	番号					公費負担者番号									
	本人・家族	負担割合	割	受給者番号											

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:				
症状等:				
処方内容:				
(地域連携登録医のみお答えください。□に✓をお願いします。)				
本患者さんが入院となった場合の、開放型病床の利用希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> どちらでもよい				

●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
------	-------------	-------	--------