

# 入院外来診察申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関

出雲徳洲会病院  
 紹介科 \_\_\_\_\_ 科  
 担当医 \_\_\_\_\_



所在地  
 名称  
 電話番号  
 Fax 番号  
 医師氏名

受診歴の無い方は以下の記入をお願いします

保険者							
公費							
被保険者							
続柄							
資格取得日							
老人一部負担金	無 有						

ふりがな 患者様 氏名	様	男 女	患者 様の 状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日生 歳			
住所 連絡先	( ) ☎ ( ) -			
希望 日時	第1希望 月 日 曜日 時	第2希望 月 日 曜日 時	予定日	月 日 時

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院
病室	<input type="checkbox"/> 大部屋希望 <input type="checkbox"/> 個別希望
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車

診療情報提供	傷病名 既往歴 家族歴 職業歴	
	症状経過 及び 検査結果	
	治療経過	
	現在の処方	
	備考	

出雲徳洲会病院 地域医療連携室 受付時間：平日 9時～17時

☎【直通】 0853-73-7793 Fax【直通】 0853-73-7834

受付時間以外及び

12月31日～1月3日の連絡先

☎【代表】 0853-73-7000 Fax【代表】 0853-73-7077