

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	_____年	_____月	_____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 ☎【直通】0853-73-7793 Fax【直通】0853-73-7834
 (受付時間：平日9時～17時)

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