

# 受診依頼票(紹介状)

豊川市民病院 宛て

平成 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  
 担当医は病院の診療体制にゆだねる

所在地：  
 名称：  
 診療科： \_\_\_\_\_ 科

外来受診希望日  \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ )  
 診察日は病院の診療体制にゆだねる  
 (都合の悪い日があればご記入ください)

医師氏名：  
 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」で受付が必要です。  
 受付が午前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、受付が午前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	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:		

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