

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: _____
外来受診希望日 _____ 月 _____ 日(_____) 診療科: _____ 科
 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 有り(患者番号: _____) 無し 不明

現在の状況 通院中 入院中

紹介状 別添のとおり

添付資料	画像等検査結果 <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
	<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 希望する 希望しない 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
------	-------------	-------	--------