

診療情報提供書（申込書）

社会医療法人 北農会 恵み野病院
 地域医療連携室 宛
 〒061-1395
 恵庭市恵み野西2丁目3番5
 TEL (0123) 36-7555
 FAX (0123) 37-2660

記載年月日 年 月 日
 御紹介元
 御住所
 医師御氏名
 TEL
 FAX

フリガナ		患者様	
患者様氏名	様 (男・女)	住所	
生年月日	年 月 日 才	TEL	

希望診療科	1.循環器内科 2.消化器内科 3.糖尿病内科 4.総合内科 5.小児科 6.泌尿器科 7.皮膚科 8.外科 9.放射線科 10.整形外科 11.脳神経外科 12.形成外科 13.心臓血管外科 14.その他 ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()
受診希望日	<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 特定日時希望 (月 日 午前・午後)
主訴又は傷病名	
既往歴・家族歴等	
症状経過 治療経過 現在の処方 バイタル等 (簡潔でもかまいません)	

患者様の状態 (お分かりになる範囲でお願いします。)	日常生活自立度	J・A・B・C	認知度判定基準	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
	感染症	未・無・有/HB/HC/TPHA/MRSA/他()	体内外金属	無・有()
	薬剤過敏	不明・無・有()	造影剤過敏	不明・無・有()
	腎機能異常	不明・無・有()	酸素の使用	無・有()
	意識状態	正常 ・ 傾眠 ・ 半昏睡 ・ 深昏睡		
要望事項 留意事項				
保険者番号		公費負担者番号		
記号 番号		公費負担受給者番号		
被扶養者氏名 続柄		公費負担者番号		公費負担受給者番号

- ・ 枠内の項目をご記入の上、上記へ送信お願い致します。
- ・ 15分程度で『予約票』患者様用をFAXにて返信させていただきます。
- ・ 事前の加付作成で患者様の待ち時間が短縮できますので、保険の記入にご協力ください。加付の表紙のコピーでもかまいません
- ・ 17時以降の2次救急で急を要するご紹介は、当直医に電話連絡後にFAX(0123-37-2660)送信お願い致します。