

射水市民病院地域連携室利用依頼書

- 開放型病床入院依頼 診療情報提供
 医療機器共同利用依頼 外来予約依頼 住民健診二次精査依頼

(上記の依頼項目をチェックして下さい)

送付先	射水市民病院 地域連携室	受付時間	9:00~17:00 (月~金)
T E L	0766(82)8100 内線 1184	F A X	0766(82)8764

発信人 _____ 先送付 _____ 枚

登録医・登録歯科医			
施設名	T E L		
	F A X		

ふりがな		生年月日	T, S, H	年	月	日
患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
		T E L				
当院受診歴		I D				
住所				職業		

依頼事項 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

希望科		傷病名				
目的	<input type="checkbox"/> 開放型病床入院 検査依頼項目[_____]					
緊急度	<input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 入院予約 _____月 _____日まで入院希望					
	<input type="checkbox"/> 検査・外来予約希望日	第①希望	月	日	AM	PM
		第②希望	月	日	AM	PM
		第③希望	月	日	AM	PM
連絡方法	* 返事は <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> 書面					

症状・治療経過及び検査結果・検査依頼内容

Cr : _____ eGFR : _____ 造影剤使用歴 (有・無・不明) 喘息 (有・無・不明)

既往歴・家族歴	現在の処方
アレルギー歴	
ADL	
食事形態	