

# 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       レスパイト入院  
 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	0 7 6 6 ( 8 2 ) 8 1 0 0	F A X	0 7 6 6 ( 8 2 ) 8 7 6 4

発信人 \_\_\_\_\_ 先送付 \_\_\_\_\_ 枚

医師・歯科医			
施設名	T E L		
	F A X		

ふりがな		生年月日	M, 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	

依頼事項 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

希望科		診 断	
目的	<input type="checkbox"/> レスパイト入院 <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

BUN \_\_\_\_\_ Cr \_\_\_\_\_ 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	