

《 診療予約申込書兼診療情報提供書 》

令和 年 月 日

坂出市立病院 科 殿

※ 紹介元医療機関の所在地、名称

住 所	
医療機関名	
医師氏名	印
電話	FAX

※ 依頼患者

ふりがな		性 別		生 年 月 日
患者氏名				明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
電話				

※ 来院手段【必ずご記入ください】

<input type="checkbox"/> 救急車	<input type="checkbox"/> ウォークイン	<input type="checkbox"/> その他()
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

※ 受診希望日

・第一希望 年 月 日 ・第二希望 年 月 日

◎ 下記の内容について、既に貴院様式等で診療情報提供書（紹介状）を作成されている場合は、ご記入は不要で貴院様式等をFAXしていただき、原本は患者様にお渡し願います。

※ 紹介目的

<input type="checkbox"/> 診 断	<input type="checkbox"/> その他()
------------------------------	---------------------------------

※ 傷病名、主訴

--

※ 既往歴（アレルギー、感染症）

--

※ 検査結果及び病状経過【枠内に納まらない場合は別紙添付をお願いします】

--

【お願い】

- ① 受診時に受付に保険証をご提示して頂けますよう患者様にお伝えください。
尚、緊急の場合は、患者様の保険情報を添付してご送信ください。
- ② 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を患者様に持参させてください。

坂出市立病院
地域医療連携係（直通）
※当日又は緊急時の電話

〒762-8550 香川県坂出市寿町三丁目1番2号
電話 0877-46-9720 / FAX 0877-44-0947
0877-46-5131（代表）