

診療申込書 (診療情報提供書)

_____年 ____月 ____日

独立行政法人地域医療機能推進機構 登別病院

依頼医療機関

JCHO(ジェイコー)登別病院

名称

地域連携室 行き

〒

〒059-0598

所在地

登別市登別東町3丁目10番地22

直通TEL 0143-80-1119

TEL () —

直通FAX 0143-80-1121

FAX () —

Dr to Dr の場合	連絡済	医師名		
JCHO登別病院の受診歴		有 (年頃) ・ 無		
フリガナ		男・女	住所	〒
患者氏名				自宅 () —
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	電話番号	連絡先 () —	

保険情報について下記へご記入ください。また、保険証等のコピーをファックスしてください。

保険者番号	記号番号	本人・家族
後期高齢者保険者番号	被保険者番号	1割・3割
公費負担者番号	受給者番号	

受診科	1. 整形外科 2. 内科 3. 脳神経内科 4. 泌尿器科
医師名	《医師の指定があればご記入ください》 医師
紹介目的	1. 診療 (入院・外来) 2. 手術 3. その他 ()
患者の状態	1. 独歩 2. 見守り 3. 車いす 4. ストレッチャー
	付き添い : 無 / 有 【1. 家族 2. 看護師 3. その他 ()】
予約希望日時	<input type="checkbox"/> いつでも可能
	<input type="checkbox"/> ① 月 日 時頃 ② 月 日 時頃 ③ 月 日 時頃
患者の状況	<input type="checkbox"/> 患者さんはお待ちです <input type="checkbox"/> 患者さんは帰宅しています
添付資料	<input type="checkbox"/> レントゲンフィルム <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()

《主訴または、主病名・症状経過・現在の処方等》

- ・受付時間は、月曜日～金曜日9時～17時です。30分ほどで折り返しお電話又は、外来受診予約票をFAX致します。
- ・30分経過後、当院から連絡がない場合は、誠に恐縮ですがご一報いただければ幸いです。
- ・FAXは、24時間受け付けておりますが、17時以降、祝祭日の返信は、翌日もしくは翌々日になります。ご了承ください。
- ・休診日:土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)