

# 診療情報提供書（予約申込書）

令和 年 月 日

土谷総合病院 地域医療連携室 行き

TEL 082-243-9222

**FAX 082-243-9223**

開放病床登録医の方へ 入院の場合、開放病床を  
 (希望の場合、この診療情報提供書で開放病床入院届出書に代用致します。)

希望する 希望しない

紹介元医療機関	
所在地	
名称	
医師名	
TEL ( )	-
FAX ( )	-

当院受診歴 なし 不明 あり ( I D )

患者様情報	ふりがな		性別	生年月日									
	患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)									
	住所	〒 —											
	電話番号	自宅・携帯・職場	( ) -										
		自宅・携帯・職場	( ) -										
	連絡方法	<input type="checkbox"/> 上記患者・家族へ		保険者番号									
		<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ		記号									
				番号									
	受診希望日	第1希望 月 日 午前・午後		続柄・負担	本人・家族 / 1割・3割								
		第2希望 月 日 午前・午後		公費番号①									
		受給者番号											
		公費番号②											
希望診療科			希望医師名	( ) 医師 <input type="checkbox"/> 指定なし									
傷病名													
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査のみ (上部・下部)												
既往歴													
治療経過 及び 検査結果													
現在の処方													
その他	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 ( )												

★ 貴院待機中の場合……予約受付手続き後、予約票（2枚）をFAXにて返送いたしますので、患者様にお渡しください。

★ 患者宅へお返事の場合…患者様と電話で日時調整後、予約票（1枚）病院控えをFAXにて返送いたします。

★ 当日の受診・当日の入院をご希望の際は、診療科医師へ直接ご連絡をお願いします。

TEL : 082-243-9191 (病院代表) / FAX : 082-241-1865 (病院代表)