外来診療予約申込書（診療情報提供書）　書式—1(1)

【ご紹介元医療機関様】　　年　月　日

【紹介先医療機関】
JA北海道厚生連　遠軽厚生病院

〒099-0494紋別郡遠軽町大通北3丁目1番5

地域医療連携科　宛

TEL　0158－42－4101（内2104）
FAX　0158－42－4177

ご住所　〒　－

機関名　　様

医師氏名　　様

科　名　　科

TEL　　FAX

フリガナ 患者様氏名	様（男・女）	TEL ①
生年月日T・S・H・R	歳	②　（携帯）
住所　〒　－		③　（FAX）
外来希望受診日時 ①		□患者様外来にてお待ちしております。
②		□患者様帰宅済み
外来診療希望科 （希望科を〇で囲む）	・内科 ・循環器科 ・小児科 ・外科 ・脳神経外科 ・整形外科 ・産婦人科 ・皮膚科 ・泌尿器科 ・耳鼻咽喉科 ・麻酔科 ・眼科 ・呼吸器科 ・心臓血管外科	
外来診察医師希望の有無	無　・　有（医師名　：　　医師）	
当院の受診歴の有無	無　・　有（ID番号　　）	

緊急受診・入院が必要と考えられる患者様のご紹介の場合、事前に担当科医師にご連絡ください。

※呼吸器科・心臓血管外科の診察日は、当院ホームページを参照されるかお問い合わせください。

主傷病名

既往歴・家族歴

病状経過・検査結果等

※本用紙をFAXにてお送りください。受診日が決定次第、『受診手続き票』をFAXにて返信いたします。
※新患の方は予約は出来ませんが、お申し出があった時点で地域医療連携科が前もって受付いたします。
※予約制をとっていない科もありますので、ご了承ください。