

# 診療情報提供書(患者紹介予約申込書)

## 外来受診予約用

お手数ですが枠内に全てご記入  
いただきFAX送信願います

患者様が希望される日時

月 日 午前・午後

## 江別市立病院

患者支援センター 地域医療連携係 行

〒067-8585 江別市若草町6番地

電話 011-382-5151 (内線1152)

FAX 011-382-8381 (直通)

申込日 令和 年 月 日

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話 ( ) -

FAX ( ) -

担当者名 ( )

江別市立病院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入ください

ふりがな  
患者名

住所 〒

大・昭 (男・女) 電話番号【自宅】( ) -  
生年月日 平・令 年 月 日生( 歳) 【携帯】( ) -

江別市立病院での受診歴  無 ・  有 ※有の場合 ➡ 患者カード番号 -

患者様の状況  外来で待っている  すでに帰宅  入院中(退院予定 : 月 日)

患者様のADL  歩行可  車椅子  ストレッチャー

資料  無  有 (  CD-R  検査記録等  フィルム  プレパラート )

↳  事前郵送可能 ・  当日持参

希望診療科  内科  人工透析内科  呼吸器内科  消化器内科  循環器内科  
 小児科  産婦人科  外科  整形外科  耳鼻咽喉科  眼科  
 皮膚科  泌尿器科  精神科  その他 ( )

ID-Link同意取得済の場合  
ID-Linkの患者同意書

今回あわせてFAX  提出済み

ID-Link同意の患者様で同意書を未提出の場合は  
一緒にFAXしてください

※ID-Linkは「江別・南空知地域医療連携ネットワーク」における地域医療連携システムです

傷病名は必ずご記入ください

傷病名

既往歴・現症・治療経過・検査結果・処方等(スペース不足の際は別に添付ください)  別紙添付参照