

# 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

受診希望日について以下のいずれか一つにチェックをしてご記入ください

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 患者様が希望される日<br>(第一希望 月 日)<br>(第二希望 月 日)<br>(第三希望 月 日) | <input type="checkbox"/> どの日でも良い<br><input type="checkbox"/> 患者様の都合が合わない日<br>( 月 日)( 月 日)<br>(その他: ) |
|---|--|

## 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 生年月日 平・令 年 月 日生( 歳)	電話番号【自宅】( ) - 【携帯】( ) -
江別市立病院での受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 → 患者カード番号 -

患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定: 月 日)
患者様のADL	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 検査記録等 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> プレパラート ) ↳ <input type="checkbox"/> 事前郵送可能 ・ <input type="checkbox"/> 当日持参
希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓・透析内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> その他 ( )

ID-Link同意取得済の場合 ID-Linkの患者同意書	<input type="checkbox"/> 今回あわせてFAX <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 別紙添付参照
-----	---