

診療情報提供書（予約票）

帯広第一病院
 地域医療連携室 御中
 〒080-0014
 帯広市西4条南15丁目17番地3
 直通 TEL: 0120-558-091
 直通 FAX: (0155)-27-0248
 E-mail renkei@zhi.or.jp

年 月 日（様式1）

【依頼医師】
 住 所
 医療機関名
 医師氏名
 電 話
 F A X

ふりがな			住所	〒	-
氏名	男 女				
生年月日	() 才		電話	()	-
診療希望科 (午前)	・ 総合診療科 ・ 消化器内科 ・ 外科 ・ 麻酔科ペインクリニック ・ 肝臓外来				
診療希望科 (午後)	・ 整形外科				
完全予約制	・ 歯科、歯科口腔外科（電話予約#0155-25-3121） ・ 緩和ケア外来 ・ 乳腺外来				
・ 至急 ・ 月 日 希望	・ 一週間以内		帯広第一病院受診歴 有 ・ 無		
紹介目的	・ 診断 ・ 治療 ・ 検査 ・ 今後の加療依頼				
主訴又は疾患名					
病状経過 治療経過 現在の処方内容					
患者様の状態	・ 歩行可能 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ 外来で待っている ・ すでに帰宅 ・ 入院中（退院予定： 月 日）				
備考					