

診療情報提供書（予約票）

帯広第一病院

年 月 日（様式1）

地域医療連携室 御中

【依頼医師】

〒080-0014

住 所

帯広市西4条南15丁目17番地3

医療機関名

直通 TEL: 0120-558-091

医 師 氏 名

直通 FAX: (0155)-27-0248

電 話

E-mail renkei@zhi.or.jp

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 ・ 循環器内科			
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 ・ 一週間以内 ・ 月 日 希望			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				