

公益財団法人 日産厚生会玉川病院

受診申込書兼診療情報提供書《一般患者・緊急(救急)患者》

(緊急患者の場合電話連絡してから、本状をFAX願います。)

FAX送信先：平日日中 連携支援センター 03-3700-2779
 夜間・休日 救急外来受付 03-3700-2090

【紹介元医療機関・医師名】

医療機関名：
医師名：
所在地：
TEL：
FAX：

【患者さんの情報】

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
お名前	様 (男・女)		年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
TEL	() -		
当院受診歴	無・有・不詳		

【診療希望内容・情報提供書】 *の項目は一般患者さんのご依頼時のみ記入して下さい。

*希望診療科	<input type="checkbox"/> 一般内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 東洋医学科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 一般・消化器外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 直腸肛門外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <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"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 気胸センター <input type="checkbox"/> 股関節センター <input type="checkbox"/> 透析センター <input type="checkbox"/> ヘルニアセンター
*希望担当医	無・有 (医師名： 医師)
*診察希望日	無・有 (第一希望： 月 日 第二希望： 月 日)
病名 主症状 紹介目的	
資料持参	無・有 (画像フィルム・各種検査結果・)

*FAXにて本状の送信をお願い致します。必要であれば詳細な情報提供書をFAX送信するか患者さん持参でお願いします。

*予約された診察日等は、FAX送信による「診察予約票」でご報告致します。