

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： 月曜-金曜8:30-17:00 土曜8:30-12:15 地域連携支援室 03-3700-1330
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：
T E L：
F A X：

【患者さんの情報】

フリガナ		生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
お名前	様 (男・女)		
住 所	〒 -		
T E L	() -		
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	☐ 総合診療科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 循環器内科 ☐ 消化器内科 ☐ 腎臓内科 ☐ 糖尿病内科 ☐ リウマチ科 ☐ 脳神経内科 ☐ 東洋医学科 ☐ 小児科 ☐ 一般・消化器外科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 直腸肛門外科 ☐ 乳腺外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 整形外科 ☐ 形成外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 産婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 気胸センター ☐ 股関節センター ☐ 透析センター ☐ 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・)

- *受診予約の際は、本状と診療情報提供書を併せてFAX送信してください。
予約取得時に診療情報提供書が未作成の場合は、原則、予約日の前日16時30分まで
にFAX送信をお願いします。 なお、診療情報提供書原本については患者さんにお渡し頂き、
 CD-R等と併せて外来診察当日にご持参下さるようお伝え下さい。
- *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。
- *総合診療科・眼科は、予約対象外となります。