

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				〒	-		
氏名		男	住所				
		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 ・脳神経外科 ・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							