

# 診療情報提供書(患者紹介予約申込書)

## 外来受診予約用

お手数ですが枠内に全てご記入  
いただきFAX送信願います

患者様が希望される日時

月 日 午前・午後

## 江別市立病院

患者支援センター 地域医療連携係 行

〒067-8585 江別市若草町6番地

電話 011-382-5151 (内線1152)

FAX 011-382-8381 (直通)

申込日 令和 年 月 日

(紹介元)

医療機関名

医師名

電話 ( ) -

FAX ( ) -

担当者名 ( )

江別市立病院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入ください

ふりがな 患者名	住所 〒
大・昭 生年月日 平・令 年 月 日生( 歳)	(男・女) 電話番号【自宅】( ) - 【携帯】( ) -
江別市立病院での受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ➡ 患者カード番号 -

患者様の状況	<input type="checkbox"/> 外来で待っている <input type="checkbox"/> すでに帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定 : 月 日)
患者様のADL	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 検査記録等 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> プレパラート ) ↳ <input type="checkbox"/> 事前郵送可能 ・ <input type="checkbox"/> 当日持参
希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他 ( )

ID-Link同意取得済の場合 ID-Linkの患者同意書	<input type="checkbox"/> 今回あわせてFAX <input type="checkbox"/> 提出済み	ID-Link同意の患者様で同意書を未提出の場合は 一緒にFAXしてください
----------------------------------	--	---

※ID-Linkは「江別・南空知地域医療連携ネットワーク」における地域医療連携システムです

傷病名は必ずご記入ください

傷病名	
既往歴・現症・治療経過・検査結果・処方等(スペース不足の際は別に添付ください)	<input type="checkbox"/> 別紙添付参照