射水市民病院地域医療室利用依頼書

□　開放型病床入院依頼　　□　診療情報提供

□　医療機器共同利用依頼　　□　外来予約依頼　　□　住民健診二次精査依頼

（上記の依頼項目をチェックして下さい）

送付先	射水市民病院　地域医療室	受付時間	9:00～17:00（月～金）
ＴＥＬ	0766(82)8100　内線 2310	ＦＡＸ	０７６６(８２)８７６４

発信人　　先送付　　枚

登録医			
施設名		ＴＥＬ	
		ＦＡＸ	

ふりがな		生年月日	M，T，S，H　年　月　日
患者氏名		性別	□ 男　□ 女
		ＴＥＬ	
当院受診歴		ＩＤ	

依頼事項　　平成　年　月　日

希望科		診断	
目的	□開放型病床入院　検査依頼項目［　　］		
緊急度	□緊急入院　□入院予約＿＿＿月＿＿＿日まで入院希望		
	□検査・外来予約希望日　第①希望　月　日　AM　PM		
	第②希望　月　日　AM　PM		
	第③希望　月　日　AM　PM		
連絡方法	＊返事は：　□ 電話　□ FAX　□ 書面		

症状・治療経過及び検査結果・検査依頼内容

ＢＵＮ　＿＿＿＿Ｃｒ＿＿＿＿＿造影剤使用歴（有･無･不明）喘息（有･無･不明）

既往歴・家族歴 アレルギー歴	現在の処方