受　診　予　約　票

令和　　年　　月　　日（　　）

広域紋別病院　保健医療連携室　宛

〒094-8709
紋別市落石町1丁目3番37号
連携室直通　TEL　0158-23-6016
FAX　0158-23-6022

【紹介元医療機関】

医療機関名	
住　　所	
電話番号	
FAX 番号	
科　　名	
医師名	
担当者名	

ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名	様	男・女	被保険者証	被保険者氏名	続柄
生年月日	T S H R　　年　　月　　日生（　　歳）			保険者番号	
患者住所	〒　　－			記号・番号	
電話番号	自宅　－　－			有効期間	～
	携帯　－　－			公費負担者番号	
				公費受給者番号	
				乳・ひとり親・障	
				その他	生保・労災・自賠責・その他（　　）

広域紋別病院受診歴	有（S・H　年頃）・無・不明	ID番号	

希望診療科

☐ 総合診療科　☐ 消化器内科　☐ 循環器内科　☐ 呼吸器内科　☐ 外　科
☐ 整形外科　☐ 精神科　☐ 眼　科　☐ 脳神経内科　☐ 泌尿器科

※ 産婦人科・皮膚科・小児科の予約は必要ありません。
※ 小児科専門外来は予約が必要です。
※ 診療体制を踏まえた上で、患者様に不利益が生じない範囲で、診療科の調整を図らせて頂く場合があります。
※ **緊急の場合は、医師へ直接ご相談下さい。**

希望医師名		患者様の状況	☐ 帰宅
受診希望日時			☐ 当院外来で待機中
①	月　日　時頃		☐ 紹介元医療機関に入院中
②	月　日　時頃		☐ その他（　　）

主　訴	認知症の疑い　☐ あり　☐ なし
紹介目的	☐ 診断　☐ 治療　☐ その他（　　）
禁忌薬剤	（薬剤名）
検査の要望	☐ 内視鏡検査（☐ 上部消化管EGD　☐ 下部消化管CS）　☐ 脳波検査 ☐ その他（　　）
その他要望	

≪ご注意≫
1. 患者受付は保健医療連携室が事前に行います。保険者番号等は必ずご記入下さい。
2. 当院に受診歴のある患者は、必ずその旨ご記入下さい。
3. 「受診予約票」・「診療情報提供書」・「検査ﾃﾞｰﾀ」等を一緒にFAXでお送り下さい。FAXにて受診日時をお知らせ致します。
4. ご紹介への報告書は、FAXまたは郵送にてお送り致します。検査によっては、報告に日数を要する場合もあります。
   ご不明な点は保健医療連携室までご連絡下さい。
5. この予約票では、診療報酬点数上の情報提供料の算定はできませんのでご留意下さい。