

# 入院外来診察申込書 兼 診療情報提供書

令和 年 月 日

|                                 |     |   |
|---------------------------------|-----|---|
| 紹介先医療機関<br>生駒市立病院<br>紹介科<br>担当医 | 科 殿 | 紹介元医療機関<br>所在地<br>名称<br>電話番号<br>Fax番号<br>医師氏名 |
|---------------------------------|-----|---|

|                   |                    |                                  |           |                                 |                                  |        |  |  |  |
|-------------------|--------------------|----------------------------------|-----------|---------------------------------|----------------------------------|--------|--|--|--|
| ふりがな<br>患者様<br>氏名 |                    | 男<br>女                           | 患者の<br>状態 | <input type="checkbox"/> 歩行可    | <input type="checkbox"/> 車いす     |        |  |  |  |
|                   |                    | 様                                |           | <input type="checkbox"/> スレッチャー |                                  |        |  |  |  |
| 生年月日              | (明・大・昭・平・令) 年 月 日生 |                                  |           | 歳                               |                                  |        |  |  |  |
| 住所                |                    |                                  |           |                                 |                                  |        |  |  |  |
| 希望日時              | 第1希望               | 月                                | 日         | 曜日                              | 時                                | 都合が悪い日 |  |  |  |
|                   | 第2希望               | 月                                | 日         | 曜日                              | 時                                |        |  |  |  |
| 紹介目的              |                    | a. 診察                            |           |                                 | b. 入院                            |        |  |  |  |
| 診察希望する科名もしくは医師名   |                    |                                  |           |                                 |                                  |        |  |  |  |
| 病室                |                    | <input type="checkbox"/> 総室を希望する |           |                                 | <input type="checkbox"/> 個室を希望する |        |  |  |  |

|         |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|---------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 保険者     |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 公費      |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 被保険者    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 続柄      |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 資格取得日   | 年 | 月 | 日 |   |  |  |  |  |  |
| 老人一部負担金 | 無 |   |   | 有 |  |  |  |  |  |

|        |                          |  |
|--------|--------------------------|--|
| 診療情報提供 | 傷病名<br>既往歴<br>家族歴<br>職業歴 |  |
|        | 症状経過<br>及び<br>検査結果       |  |
|        | 治療経過                     |  |
|        | 現在の処方                    |  |
|        | 備考                       |  |

生駒市立病院 地域医療連携室 受付時間 平日 9時～17時 Faxは24時間稼働です。即日対応は17時到着分まで。  
 休みは土曜、日曜・祝日と12月31日～1月3日 ☎ 0743-72-1723 Fax 0743-72-1738