

診療依頼票の書き方

診療依頼票 兼 診療情報提供書

貴院控え

貴院名	
住所	
Tel	
診療科名・ご担当医名	

1

ふりがな	
お名前	
生年月日	年 日
性別	男
連絡先	日中に連絡が取れる電話番号の記載にご協力ください。

2

社会福祉法人 済生会支部
埼玉県 済生会川口総合病院
〒332-8558 埼玉県川口市西川口5-11-5
代表 048-253-1551

ご紹介専用フリーダイヤル
平日（月～金）9:00～19:00

0120-474-641

こちらの面をご記入いただき
FAX番号**048-253-8075**へ
お送りください。

以前、当院に受診したことがありますか（ある・ない）

受診歴のある場合は、診察券登録番号がお分かりになりますか

□□□-□□□□

ご予約日時枠	月 日 () 午前・午後	時 分 枠
ご予約診療科	(お電話で予約された診療科の□に✓を入れてください)	
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科	<input type="checkbox"/> 一般内科
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 整形外科(脊椎)	<input type="checkbox"/> 整形外科(手の外)	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 血管外科
※ 小児科・産婦人科につきましては初診紹介予約を実施しておりません。		<input type="checkbox"/> 腎臓内科
※ 上記診療科以外のご予約は地域医療連携室にお尋ねください。		

3

紹介目的

※この用紙は、外来受診依頼のみとなります。その他のご依頼は、048-253-8136（地域医療連携室直通）へお尋ねください。

傷病名（主訴）

症状経過（なるべく具体的な症状のご記入にご協力をお願いいたします。）

※アレルギー等の特記事項がございましたら必ずご記入ください。

4

ご紹介の際は、検査データやレントゲン画像、投薬内容等の詳細な情報をご持参いただきますよう
ご協力をお願いいたします。

- ①医療機関名称、診療科、ご担当医名をご記入ください。
- ②患者さんの氏名、生年月日、性別、日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。
- ③お電話でご予約をいただきました日時をお書きいただき、ご予約診療科名に✓を入れてください。
- ④紹介目的、傷病名、症状経過をご記入いただき、地域医療連携室ご紹介専用FAX 048-253-8075にファックスをお送りください。

ご紹介の際は、検査データやレントゲン画像、投薬内容等の詳細な情報をご持参いただきますようご協力をお願いいたします。