

科

医師行

医療機関名

所在地

TEL・FAX

科 医師名

印

フリガナ				性 別	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		旧 姓		男・女		年 月 日 (歳)
住 所	〒				電話番号	() - () - ()

※旧姓は紹介施設でわかる範囲でご記入下さい

受診希望日： 月 日 ()

入 院 希 望： (有 ・ 無) → 入院希望ありの場合 開放型病床希望： (有 ・ 無)

紹 介 目 的	
---------	--

診 察 予 約 申 込 書

富山市立 富山市民病院
地域医療連携室

電話番号 076-422-1112 (代表)
076-422-1114 (直通)
F A X 076-422-1154

- ・紹介患者さまの初診予約を行います。
- ・緊急入院を要する患者さま及び、受診後入院が予想される患者さま（重症例など）については、地域医療連携室を介さず当該診療科又は救急センターに直接ご連絡ください。

診療情報提供書

市立富山市民病院
http://www.Tch.Toyama.Toyama.Jp/

平成 年 月 日

科

医師行

医療機関名

所在地

TEL・FAX

科 医師名

印

フリガナ				性 別	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		旧 姓		男・女		年 月 日 (歳)
住 所	〒				電話番号	() - () - ()

※旧姓は紹介施設でわかる範囲でご記入下さい

受診希望日： 月 日 ()

入 院 希 望： (有 ・ 無) → 入院希望ありの場合 開放型病床希望： (有 ・ 無)

紹 介 目 的	
主 訴 及 び 傷 病 名	
既往歴及び 家 族 歴	薬物アレルギー
症 状 経 過 治 療 経 過 検 査 所 見	
現在の処方	

持参資料 (有 ・ 無 …………… X線フィルム・検査記録・心電図記録)

診療情報提供書

市立富山市民病院
http://www.Tch.Toyama.Toyama.Jp/

平成 年 月 日

科

医師行

医療機関名

所在地

TEL・FAX

科 医師名

印

フリガナ				性 別	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		旧 姓		男・女		年 月 日 (歳)
住 所	〒				電話番号	() - () - ()

※旧姓は紹介施設でわかる範囲でご記入下さい

受診希望日： 月 日 ()

入 院 希 望： (有 ・ 無) → 入院希望ありの場合 開放型病床希望： (有 ・ 無)

紹 介 目 的	
主 訴 及 び 傷 病 名	
既往歴及び 家 族 歴	薬物アレルギー
症 状 経 過 治 療 経 過 検 査 所 見	
現在の処方	

持参資料 (有 ・ 無 …………… X線フィルム・検査記録・心電図記録)