

地域医療支援病院  
富山市立富山市民病院

年 月 日

科 医師行

紹介元医療機関名

所在地

TEL・FAX

科 医師名

フリガナ				大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話	
			自宅 ( )	-
			携帯 ( )	-

受診希望日： 年 月 日 ( ) 時 分

※開放型病床利用の希望がある際には、紹介状へその旨ご記入ください。

紹介目的	
------	--

## 診療予約申込書



地域医療支援病院

富山市立 富山市民病院

ふれあい地域医療センター

電話番号 076-422-1112 (代表)

予約専用 076-422-1114 (直通)

FAX 076-422-1154 (直通)

- ・受診当日は保険証と診療情報提供書(紹介状)をふれあい地域医療センターへお出しください。服薬中の方は、お薬手帳をお持ちください。
- ・緊急を要する患者さんについては、ふれあい地域医療センターを介さず、救急センターに直接ご連絡ください。

# 診療情報提供書

地域医療支援病院  
富山市立富山市民病院

年 月 日

科

医師行

紹介元医療機関名

所在地

TEL・FAX

科

医師名

フリガナ				大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話	
			自宅 ( )	-
			携帯 ( )	-

受診希望日： 年 月 日 ( ) 時 分

※開放型病床利用の希望がある際には、紹介状へその旨ご記入ください。

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・・・・CD-R・X線フィルム・検査記録・心電図記録 )



