



# 開放型病床入院申込書(兼)診療情報提供書

社会医療法人 厚生会

年 月 日

## 多治見市民病院

受診希望科 \_\_\_\_\_ 科

\_\_\_\_\_ 医師

受診希望日① 年 月 日( )

受診希望日② 年 月 日( )

医療機関名
所在地
医師名 <span style="float: right;">⑩</span>
TEL ( ) -
FAX ( ) -

希望日なし

多治見市民病院受診歴(有・無・不明)(ID: )

フリガナ		性別		明・大・昭・平・令
患者氏名	様 (旧姓 )	男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
住所 <small>(事前紹介時のみ ご記入ください)</small>	〒			TEL( ) - 携帯( ) -
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( )			
傷病名 (主訴)				
既往歴	薬物アレルギー ( 有 ・ 無 )			
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方 など	<input type="checkbox"/> 別紙に記載 <input type="checkbox"/> 後で送信 添付資料 ( 無 ・ 有 ) 添付資料返却の必要性 ( 無 ・ 有 ) <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 病理標本 <input type="checkbox"/> その他( )			

多治見市民病院 地域連携部 TEL 0572-22-5211(代)内線1052 FAX 0572-22-9966

〈事前紹介受付時間〉 月～金:9:00～17:00 土:8:30～12:00(祝日を除く)