

(様式1)

日立総合病院
地域医療連携室 行き
TEL:0294-23-8343

FAX:0294 23 8412

外来受診 転入院 予約申込書

紹介状(診療情報提供書)の添付をお願いいたします

申込み年月日	年 月 日	医師名	科
医療機関名			
電話番号	— —	FAX番号	— —

※FAX・電話番号は、紹介状に明記(手書きでなく印字)してある場合は記載なくても可

患者さん情報	フリガナ	男性	年 月 日
	氏名	女性	生年月日
	電話番号 (日中繋がる番号)		年 月 日
	当院受診歴	無 有 不明	— —

希望科	科
返事至急(院内待機中) *科によっては急ぎでお返事出来ない場合もあります	

予約 (明日以降希望日)	無 有	希望日 ()
		都合の悪い日 ()

本日緊急	本日(緊急) ⇒ FAX後、地域医療連携室へお電話をお願いします	
	バイタルサインをわかる範囲で下記記入ください	
	<p>紹介状の中に記載あれば不要。また、測定してある項目のみで結構です。</p> <p>また、全身状態に影響のない眼科などの受診の場合は記載不要です。</p>	
	●体温 _____℃	●血圧 _____ / _____ ●脈拍 _____回/分
	●呼吸数 _____回/分	●SPO2 _____% (ルーム) ⇒ _____% (O2 L)
	●意識レベル クリア・JCS(_____)	●意思疎通 可 不可
	●付き添い 無 有 関係(_____)	
	その他	

持参画像資料	無 有	X-P CT MRI その他(_____)
*撮影されている場合は必ずご提供ください		

その他	現在入院中 腎不全 血液透析日(_____)最終透析日(_____)
-----	------------------------------------

来院方法	救急車 福祉タクシー 施設車 自家用車 (_____)
------	-----------------------------

A D L	ストレッチャー 車イス 歩行
-------	----------------