

## 外来診療・入院・検査等のご利用手順（２）

### 入院をご利用の場合

申込書に必要事項を記入の上

FAX してください。

保険情報は、記入していただくか  
直接コピーの上、FAX してください。

※ 担当医、病室等を予約し折り返し、FAXいたしますので、予約票、診療情報提供書、保険証、当院の診察券（お持ちの方のみ）をご持参のうえ、指定日に紹介専用受付まで来院されるようご案内してください。

診療情報提供書 入院申込書 (FAX兼紹介用)		《送信先》小松市民病院 地域医療連携室 FAX (0761)22-7199	
患者氏名	生年月日	明・大・昭・平	男・女
住所	〒	TEL ( ) -	
所在地 医療機関 電話・FAX 医師氏名	印	■医療証 医療者番号 処方番号 有効期限 嘱託医氏名 検査者氏名	(左記証書名簿にFAX可)
希望入院日時： 月 日 ( ) 頃 ・ 至急	■老人医療受給者証 (左記証書名簿にFAX可)	市町村番号 受給者番号	
継続型病床の利用： (有・無) 必ずご記入下さい。	■公費負担医療受給者証 (左記証書名簿にFAX可)	負担者番号 受給者番号 有効期限	
保険担当医の業務： < I (主治医) ・ II (副主治医) >	(診療情報提供書)		
院内主治医の希望： (有・無) 科 医師	※必ず診療情報提供書を添付される場合、下記の記載は不要ですが、申込書と同時にFAXをお願いします。		
【診療情報提供書】			
病名			
紹介目的 既往歴および家族歴			
病状経過及び検査結果 (検査結果別添付・・・有・無)	活動状態：自立・寝たきり・車椅子・杖歩行	病歴：自立・自立・アトピー 手術歴：有(臓器・IVH 等) 無	
治療経過	食事：自立・介助	備考：( )	
現在の処方			
【お願い】			
(1) このFAXによる送付は、病先に記載された方のみによる使用を予定しております。			
(2) 診療内容には、検査情報を含む場合がありますので、病先以外の者によるこのFAXの情報の使用、配布及び複製を厳禁いたします。			

お願い 入院の日時やお部屋の希望など、ご要望に添えない場合があります。  
あらかじめご了承のほどよろしくお願いいたします。

### 緊急を要する場合

平日の 8:30~17:15 は、地域医療連携室へ

TEL 番号 (0761) 22-7567 (直通)

夜間 (17:15~翌朝8:30) 及び休診日は、

南加賀救急医療センターへ

TEL 番号 (0761) 22-7111 (代表)

(内線2115)

ご連絡下さい。

FAX 番号 (0761) 22-7199