

FAX予約のみ（フリーダイヤル不可）

令和 年 月 日

大崎市民病院FAX予約申込書 兼 診療情報提供書
FAX番号0229-24-3005

疼痛緩和内科専用

地域医療連携室 直通TEL0229-23-9986

予約受付時間：平日 午前8:30～午後5:00（土・日・祝日・年末年始を除く）

基本事項：①告知されているがん患者さんが対象となります。

②がん患者の身体的疼痛等のコンサルテーションをメインとし、かかりつけ医の変更は原則行いません。当院での診察後、貴院での継続治療をお願いいたします。

③入院治療には対応しておりません。入院治療が必要な場合は、原疾患診療科へご紹介をお願いします。

予約申込（A）欄 予約済の場合はチェックを付けて、日時を記入してください。

受診希望日 ※当日不可	第1希望： 月 日 :	貴院の名称 所在地 TEL FAX 医師名 科 ④
	第2希望： 月 日 :	
	<input type="checkbox"/> いつでも可	
紹介診療科	疼痛緩和内科（緩和ケア外来）	
医師名	ご担当先生	
患者氏名	(ふりがな)	市民病院 受診歴（分院・診療所を含む）
	様 (旧姓) ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不詳 (市民病院ID)
性別	男・女 年齢 才	電話 自宅 携帯
生年月日	(M・T・S・H・R) 年 月 日	
住所	〒	
紹介目的	1・診察 2・精密検査 3・その他 ()	
傷病名		
主訴		

診療情報提供（B）欄 ※貴院の診療情報提供書（紹介状）の書式で作成し添付する場合省略可

※ ①既往歴及び家族歴 ②症状経過 ③検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方

- この用紙を（B）欄まで記載した場合は、診療情報提供書（紹介状）として扱えます。
- 診療情報提供書（紹介状）の原本は患者に交付し予約日に持参するようお願いいたします。

令和2年6月改正