

川崎市立多摩病院 地域医療連携室 行 FAX 044-933-8246

紹介先医療機関名 川崎市立多摩病院 医療相談センター長 年 月 日

予 約 第1希望 第2 紹介元医療機関の名称・所在地  
希 望 日 第3 第4 名 称救急災害医療センターへ依頼済

所在地 〒( - )

※下記注意事項をお読みください

電話番号

科 先生

FAX番号

医師名

## フリガナ

患者氏名 性別 男・女 生年月日 年 月 日生( 歳)

住 所 電話番号 - -

川崎市立多摩病院への受診歴(有・無・不詳) ID番号

診療予約患者紹介状〔FAX専用〕

※この1枚目は、FAX送信専用用紙です。

※紹介状は、診療科ごとにご記入ください。

外来受付時間：平 日 午前8時30分～午前11時00分

土 曜 日 午前8時30分～午前10時30分

外 来 休 診 日：第1土曜日・第3土曜日・日曜日・祝祭日・10月第2土曜日

年末年始(12月29日～1月3日)

- ・専門外来は、受付時間が上記と異なりますのでお手数ですが地域医療連携室までお問い合わせ下さい。
- ・診療科によって外来を行っていない曜日や予約制の場合がございます。  
学会等による休診もございますので、当院ホームページの「外来担当表」および「休診・代診医表」をご参照ください。

※FAXは24時間お受けしています。折り返し予約票をFAXいたしますが、平日の返信は18時00分まで(木曜日は16時30分まで)の受信分、土曜日(第2・4・5)は12時00分までの受信分となります。

なお、18時00分以降は翌日、土曜12時00分以降は週明けの返信となりますのでご注意ください。

※患者さんに紹介状(2枚目)、ご来院される方へ(予約送信状の下部分)、予約票をお渡しください。

※患者さんには受診当日、健康保険証(医療受給者証等)と紹介状、予約票をお持ちいただき、総合案内へお越しいただくようにご説明ください。

川崎市立多摩病院 神奈川県川崎市多摩区宿河原1-30-37

FAX 044-933-8246

TEL 044-933-8111(代表)

044-933-8228(地域医療連携室直通)

※医療機関専用ですので、患者さんからの電話はご遠慮ください。

## 診療情報提供書〔診療予約患者紹介状〕

紹介先医療機関名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

川崎市多摩区宿河原1-30-37

紹介元医療機関の名称・所在地

川崎市立多摩病院

名 称 \_\_\_\_\_

所在地 〒(     -     ) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_

科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

### フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生( 歳)

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

川崎市立多摩病院への受診歴(有・無・不詳) \_\_\_\_\_ ID番号 \_\_\_\_\_

紹介目的	
病 名 (主 訴)	
既 往 歴 (家族歴)	薬剤アレルギー(無・有 _____)
病 状 経 過 治 療 経 過 検 査 結 果	
現在の処方	

## 診療情報提供書〔診療予約患者紹介状〕

紹介先医療機関名

川崎市多摩区宿河原1-30-37

川崎市立多摩病院

年 月 日

紹介元医療機関の名称・所在地

名 称

所在地 〒( - )

電話番号

FAX番号

医 師 名

科

先生

## フリガナ

患者氏名

性別 男・女

生年月日

年 月 日生( 歳)

住 所

電話番号 - -

川崎市立多摩病院への受診歴(有・無・不詳)

ID番号

紹介目的	
病 名 (主 訴)	
既 往 歴 (家族歴)	薬剤アレルギー(無・有)
病 状 経 過 治 療 経 過 検 査 結 果	
現在の処方	