

兵庫県立淡路医療センター患者紹介申込票 (診療情報提供書)

申込日 平成 年 月 日

施設 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

受診希望日 月 日 曜日

受診希望科

- 内科 }  呼吸器  循環器  神経  
 消化器  血液  禁煙  
 栄養指導

- 外科 }  呼吸器  消化器一般  乳腺

形成外科 (足のきず総合治療センターを含む)

- 放射線科  整形外科

- 心臓血管外科  泌尿器科  産婦人科

- 脳神経外科  小児科  女性外来

- 耳鼻咽喉科  眼科  精神科

- 皮膚科  歯科  口腔外科  物忘れ外来

- 内視鏡  緩和ケア

- 救命救急センター(連絡 済・未)

医師名:

紹介目的:

- 精査・診断  加療  病状照会

- 検査依頼  共同利用病床利用

- 読影・診察  CDのみ (読影不要)

- 読影 ( CD+返書  返書)

患者さんの来院方法:

- 独歩  車いす  ストレッチャー

ふりがな \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳

患者住所 \_\_\_\_\_

患者電話 \_\_\_\_\_

被保険者名 \_\_\_\_\_

保険者番号 \_\_\_\_\_

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 本人・家族

公費負担者番号 \_\_\_\_\_

公費受給者番号 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 病院) 入院中

※入院中の方は入院算定記載用紙をFAXして下さい。

<input type="checkbox"/>	単純・CT・MRI	<input type="checkbox"/>	内視鏡写真
<input type="checkbox"/>	造影剤使用撮影	<input type="checkbox"/>	病理組織標本
<input type="checkbox"/>	心電図	<input type="checkbox"/>	

診断名				
主訴				
既往歴及び 家族歴				
検査所見				
治療経過				
現在の処方				
患者に関する 留意事項	抗凝固/血小板薬の有・無 ( )	薬物アレルギーの有・無 ( )	感染症の有・無 ( )	合併症の有・無 ( )
当院受診歴 (有・無) 科 S・H 年 月頃	地域医療連携室 専用TEL 0799-24-5737 専用FAX 0799-24-5799			