

地域連携室

依頼用

診療情報提供書(兼)受診依頼票

地域医療連携室直通
FAX 0797-32-5130

年 月 日

科 先生 医療機関名

<受診希望日> ① 年 月 日()

医師名

印

② 年 月 日()

TEL

本日受診希望

FAX

<その他希望事項>

地域医療連携室ご対応者様()

<予約確定日> 年 月 日()

時 分(電話等で決定している場合)

依頼内容	1. 外来診察依頼			
	2. 入院依頼(開放型病床の利用 あり ・ なし)			
	開放型病床の利用ありの方(どちらか選択してください)			
	1. 開放型病床をご利用いただき共同主治医として診察いただく 2. 当院医師に一任する ※ご指定のない場合は当院医師に一任となります。			
フリガナ				
患者氏名	男・女 様	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日(歳)
住 所	〒 -		TEL	
保険証を受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。				
傷 病 名				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 手術目的 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア (その他:)			
〈既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々〉				
検査結果等の添付:レントゲン・CT・MRI・心電図・超音波検査(部位:)・その他()				
検査予約 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ(確認事項、記入いただく問診票がございますのでこちらからご連絡させていただきます)				
※救急車の場合はチェック→ <input type="checkbox"/> 救急車で来院				
【外来除く】 認知症 → 有 ・ 無		【外来除く】 ADL → 自立 ・ 要介助 ・ 寝たきり		
【来院方法】 独歩 ・ 車イス ・ ベッド		【ペースメーカー】 有 ・ 無		