

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 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 消化器 脳神経
 循環器 (心不全専門 不整脈)
 腎臓 血液 糖尿
 一般 女性外来 禁煙 }
 外科 { 呼吸器 消化器 肝胆膵
 心臓血管 乳腺 }
 脳神経外科 整形外科 放射線科
 形成外科 (まぶた レーザー)
 皮膚科 耳鼻咽喉科 眼科
 泌尿器科 産婦人科 小児科
 精神科 物忘れ外来 歯科口腔外科
 内視鏡 緩和ケア 栄養指導
 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 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 年 月頃 | 地域医療連携室 専用TEL 0799-24-5737 専用FAX 0799-24-5799 | | | |