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

届　出　□地域包括診療加算、□地域包括診療料、□小児かかりつけ診療料
□在宅時医学総合管理料・施設入居時医学総合管理料（□在宅療養支援診療所□在宅療養支援病院）

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。

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　□ 糖尿病・内分泌　□膠原病　□ 一般　□ 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　（ □ 骨粗鬆症 ）

□ 形成外科（ □ フットケア ）

□ 皮膚科　□ 耳鼻咽喉科　□ 放射線科

□ 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

□ 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)　□ 栄養指導

□ 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

	単純・ＣＴ・ＭＲＩ		内視鏡写真
	造影剤使用撮影		病理組織標本
	心電図		

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	
算　　定	□在宅医学総合管理料、□施設入居時等医学総合管理料、□在宅がん医療総合診療料、□在宅療養指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)
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

令和７年４月１日改訂