

# 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	
<input type="checkbox"/> ( 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  
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

<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	
算定	<input type="checkbox"/> 在宅医学総合管理料、 <input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理料、 <input type="checkbox"/> 在宅がん医療総合診療料、 <input type="checkbox"/> 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