

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
 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 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