

診療依頼書 (FAX送信票)

外来患者 入院中 入所中
年 月 日

市立長浜病院 地域医療連携室	FAX (0749) 65-2730 TEL (0749) 65-2720 68-2345	受付時間	午前8時30分～午後7時 (毎週木曜日は午後5時まで) 休診日：土、日、祝祭日、 年末年始
--------------------------	---	------	--

紹介元医療機関名・医師名	TEL () - FAX () -
--------------	------------------------

依頼項目	<input type="checkbox"/> 診察 診療科	<input type="checkbox"/> 緊急 (救急対応) <input type="checkbox"/> 希望日 月 日	<input type="checkbox"/> 準緊急 (当日外来) <input type="checkbox"/> いつでも 担当医 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 医師	来院方法
	<input type="checkbox"/> 検査等 ・胃カメラ (経口・経鼻) 抗血栓薬処方 有・無 ・心臓エコー ・ABI ・頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 開放型入院	<input type="checkbox"/> 希望日 月 日 ・DEXA (利き足 右・左 股関節OP歴 有・無)	<input type="checkbox"/> いつでも	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他
	希望日 月 日			

フリガナ			性別
患者氏名		(旧姓)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
住所	TEL () -		

傷病名	該当するものに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 (保険未加入) <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介目的	

【用紙の使用方法】

- 1) 様式①は、紹介患者依頼書として、予約診察、予約検査、予約入院を依頼していただく時にご記入の上、「地域医療連携室」へFAX送信してください。
- 2) 受付後、受付確認票をFAXにて返信します。(時間外・休診日は、翌診療日の返信になります。)
- 3) 様式②は、診療情報提供書として、患者様が当院へ来院される時にご持参いただくようお願いします。
- 4) 様式③は、紹介元医療機関の控えにしてください。

診療情報提供書

外来患者 入院中 入所中
 年 月 日

科 先生

市立長浜病院 地域医療連携室	FAX (0749) 65-2730 TEL (0749) 65-2720 68-2345	受付時間	午前8時30分～午後7時 (毎週木曜日は午後5時まで) 休診日：土、日、祝祭日、 年末年始
-------------------	---	------	--

紹介元医療機関名・医師名	TEL () - FAX () -
--------------	--

依頼項目	<input type="checkbox"/> 診察 診療科	<input type="checkbox"/> 緊急(救急対応) <input type="checkbox"/> 希望日 月 日 担当医 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 医師	来院方法 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 検査等 ・胃カメラ(経口・経鼻 抗血栓薬処方 有・無) ・心臓エコー・ABI・頸動脈エコー ・大腸ファイバー ・DEXA(利き足 右・左 股関節OP歴 有・無)	<input type="checkbox"/> 準緊急(当日外来) <input type="checkbox"/> いつでも	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 開放型入院 希望日 月 日		

フリガナ		(旧姓)	性別
患者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒 - TEL () -		

傷病名		該当するものに✓をつけてください。
紹介目的		<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費(保険未加入) <input type="checkbox"/> その他()

症状経過および検査結果・治療経過

現在の処方

診療情報提供書

 外来患者 入院中 入所中
 年 月 日

科 先生

市立長浜病院 地域医療連携室	FAX (0749) 65-2730	受付時間 午前8時30分～午後7時 (毎週木曜日は午後5時まで) 休診日：土、日、祝祭日、 年末年始
	TEL (0749) 65-2720 68-2345	

紹介元医療機関名・医師名	TEL () -
	FAX () -

依頼項目	<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 緊急（救急対応）	<input type="checkbox"/> 準緊急（当日外来）	来院方法
	診療科	希望日 月 日	<input type="checkbox"/> いつでも	
	<input type="checkbox"/> 検査等	担当医 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定	医師	<input type="checkbox"/> 救急車
	・胃カメラ（経口・経鼻）	抗血栓薬処方 有・無	・心臓エコー・ABI・頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> その他
	・大腸ファイバー	・DEXA（利き足 右・左）	股関節OP歴 有・無	
	<input type="checkbox"/> 開放型入院	希望日 月 日		

フリガナ			性別
患者氏名		(旧姓)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦・大・昭・平・令	年 月 日	(歳)
住所	TEL () -		

傷病名	該当するものに✓をつけてください。
紹介目的	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費（保険未加入） <input type="checkbox"/> その他（ ）

症状経過および検査結果・治療経過

現在の処方