

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 担当医 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 | <input type="checkbox"/> 準緊急 (当日外来) <input type="checkbox"/> いつでも 医師 | 来院方法 |
| | <input type="checkbox"/> 検査等 ・胃カメラ (経口・経鼻) | <input type="checkbox"/> 希望日 月 日 ・大腸ファイバー | <input type="checkbox"/> いつでも ・DEXA (利き足 右・左) | <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 | | | 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 () |

【用紙の使用方法】

- 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。
- 受付後、受付確認票をFAXにて返送します。(時間外・休診日は、翌診療日の返送になります。)
- 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。
- 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 | 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