

# 診療依頼書

## ☆ 病診連携 ご利用方法 ☆

1. 診察、検査のご依頼は、『診療依頼書（FAX送信票）』（本書様式①）に必要事項をご記入いただき、地域医療連携室 65-2730へFAXで送信してください。  
（※開放型入院のご依頼は該当科の診察になります。）
2. ご送信いただきました『診療依頼書（FAX送信票）』に基づき、地域医療連携室で、診察・検査の日時を確認し『ご紹介患者様 診察受付票』と『問診表』をFAXで返信します。
3. 紹介元医療機関様は、『ご紹介患者様 診察受付票』・『問診表』・『診療情報提供書』（本書様式②）を患者様へお渡しく下さい。
4. 患者様は、『ご紹介患者様 診察受付票』・『問診表』・『診療情報提供書』（本書様式②）・健康保険証（組合員証）・診察券（お持ちの方のみ）をご持参のうえ、予約診療日に市立長浜病院 患者総合支援センター窓口へお越しください。
5. 患者様にご持参いただく『診療情報提供書』（本書様式②）は、当院専用の緑色の封筒をお使いください。（貴院の紹介用紙、封筒をご使用していただいても結構です。）
6. 受診状況につきましては、『来院報告』を地域医療連携室よりFAXで送信させていただきます。
7. 『診療依頼書』（本書）、封筒（当院専用）の追加につきましては、地域医療連携室までご連絡いただければ郵送させていただきます。

### ◆ 診療依頼書について（本書3枚つづり） ◆

- |          |  |
|----------|--|
| 様式①（1枚目） | 診療依頼書（FAX送信用）<br>・患者情報を記入していただきFAX送信してください。            |
| 様式②（2枚目） | 診療情報提供書（市立長浜病院用）<br>・患者様へお渡しく下さい。（当院専用の緑色の封筒をご利用ください。） |
| 様式③（3枚目） | 診療情報提供書（紹介元医療機関控）                                      |

### 市立長浜病院 地域医療連携室

FAX（0749）65-2730

TEL（0749）65-2720（直通）

68-2345（直通）

TEL（0749）68-2300（代表）

#### 【受付時間】

- ・午前8時30分～午後7時00分（毎週木曜日は午後5時00分まで）
- ・受付後、診察受付票をFAXにて返信します。  
（時間外・休診日のFAXの受付は、翌診療日の返信になります。）