

診療情報提供書(兼)受診依頼票

年 月 日



地域医療連携室直通 FAX0797-32-5130

科 先生

医療機関名

<受診希望日> ① 年 月 日 ()

② 年 月 日 ()

本日受診希望

医師名

㊞

TEL

<その他希望事項>

FAX

地域医療連携室ご対応者様 ()

<予約確定日> 年 月 日 () 時 分 (電話等で決定している場合)

依頼内容	1. 外来診察依頼		2. 入院依頼		3. 転院依頼 (入院→入院)	
フリガナ			男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
患者氏名	様					
住 所	〒 -			TEL		
保険証を受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。						
傷 病 名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 手術目的 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア (その他:)					
<既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々> 検査結果等の添付: レントゲン・CT・MRI・心電図・超音波検査(部位:)・その他()						
検査予約 <input type="checkbox"/> CT: 部位 () <input type="checkbox"/> MRI: 部位 () <input type="checkbox"/> 読影要 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(クレアチニン値) <input type="checkbox"/> 骨密度(利き手 右・左: 体内金属 無・有 ()) <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ (確認事項、記入いただく問診票がございますのでこちらご連絡させていただきます)						
※救急車の場合はチェック→ <input type="checkbox"/> 救急車で来院						
【外来除く】 認知症 → 有・無			【外来除く】 ADL → 自立・要介助・寝たきり			
【来院方法】 独歩・車イス・ベッド			【ペースメーカー】 有・無			



〒659-0012 芦屋市朝日ヶ丘町 8 番 22 号 電話 0797-23-1771 (代表)
電話 0797-23-0620 (地域直通) FAX0797-32-5130 (地域直通)