**診療情報提供書(兼)受診依頼票**

(医療機関→ＦＡＸ→患者)

　　　年　　　月　　　日

**地域医療連携室直通FAX0797-32-5130**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 | ㊞ |
| TEL |  |
| FAX |  |

地域医療連携室ご対応者様（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生

＜受診希望日＞ ①　　 年　　 月　　 日( )

②　　 年　　 月　　 日( )

□本日受診希望

＜その他希望事項＞

＜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（開放型病床の利用　あり　・　なし） | | | | | | | |
| **開放型病床の利用ありの方（どちらか選択してください）**   1. 開放型病床をご利用いただき共同主治医として診察いただく 2. 当院医師に一任する   ※ご指定のない場合は当院医師に一任となります。 | | | | | | | |
| 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 | □精査・加療　　□手術目的　　□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  □胃カメラ  □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→□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）