

# 診療情報提供書 ( F A X )

市立八幡浜総合病院地域医療連携室

発信年月日 月 日 時 分

医療機関名

医師名

TEL ( ) -

FAX ( ) -

フリガナ			
患者氏名		男・女	電話番号
住 所			
生年月日	M・T・S・H	年	月 日 生 ( 才 )
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院・転院 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他( )		
受診希望日	月 日 ( )    午前・午後    時 分頃		
希望診療科・医師	科 医師 医師との事前了解 ( 済・未 )		移動手段 ( 救急車・自家用車 )
	<input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> その他		
希望検査	<input type="checkbox"/> CT	検査部位	<input type="checkbox"/> 造影要 <small>※同意書とクレアチニン値が必要です。</small>
	<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> アレルギー ( 有・無 ) <input type="checkbox"/> クレアチニン値 ( )
	<input type="checkbox"/> RI	検査名 ( )	<input type="checkbox"/> 骨密度検査
	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ( 胃カメラ )		<input type="checkbox"/> その他 ( )
疾病名 ( 紹介目的 )			
既往症等			
症状経過 ( 治療経過 )			
現在の処方			

————— カルテ頭書情報 ( 保険証受給者証等のコピー添付可 ) —————

保険者番号								その他特記事項
記号・番号								
被保険者名								
負担割合	1割・2割・3割							
	本人・家族							
公費負担者番号								
受給者番号								
公費負担者番号								
受給者番号								
保険適用外：妊娠・交通事故・労災・その他( )								

この診療情報提供書に記載されている個人情報 は、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。

市立八幡浜総合病院 ( 代 ) 0894-22-3211  
 地域医療連携室 ( 直通 ) 0894-24-2568  
 ( FAX ) 0894-24-2562