

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 宛

発信年月日 年 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・R	年	月	日生	(才)

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 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"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 神経 <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	
	※ 依頼医による医療放射線被ばくに関する説明 (有・無)				
	<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)					
既往症状等					
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、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

※必ず受診希望日をご記入下さい。当日受診希望の場合は移動手段の記載もお願いします。