

紹介患者診療依頼書(FAX送付票)

市立恵那病院地域医療連携室 宛(0573-20-1192)

【紹介元医療機関等】

令和 年 月 日

医療機関等名		診療科	担当医師名
所在地	TEL		
	FAX		

【診療依頼内容】

診療科	内・小・外・整・眼・耳・産婦	依頼医師名	氏名: <input type="checkbox"/> 指定なし
診察希望日	第1希望 令和 年 月 日 () 午前・午後	<input type="checkbox"/> 指定なし	
	第2希望 令和 年 月 日 () 午前・午後		
	第3希望 令和 年 月 日 () 午前・午後		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 入院診療 <input type="checkbox"/> *CT検査(要診療) <input type="checkbox"/> *MRI検査(要診療) <input type="checkbox"/> *胃瘻交換 <input type="checkbox"/> *その他 <input type="checkbox"/> *CT検査(共同利用) <input type="checkbox"/> *MRI検査(共同利用) <input type="checkbox"/> *骨密度検査(共同利用)		
	* CT及びMRI検査を依頼される場合は、別紙『検査依頼患者情報用紙』も一緒に ご記入のうえ送信願います。その他の場合はコメント欄に依頼内容を記入願います。		
	診療依頼で画像フィルムを添付する場合はCD-Rにコピー致しますので、それ以外を希望される場合はレ点をお願いします。 → <input type="checkbox"/> フィルム必要 <input type="checkbox"/> フィルム・CD-R必要なし ※骨密度共同利用の結果は用紙に印刷してお渡します。		
	病名 コメント		

【患者基本情報】

紹介をいただいた患者様の診療録作成を来院前に準備させていただくための情報です。
 患者情報は診療録のコピーでも結構です。個人情報保護法の取扱いとして十分留意いたします。

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号	電話() -		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(診察券番号)		
保険情報	保険者番号	公費番号	
	記号		
	番号	福祉医療	
	取得日		
	氏名	本人・家族	保健負担割合

【その他】

- 病院連携に関する外来担当医表は、市立恵那病院ホームページ(<http://www.enahp.jp/>)をご覧ください。
- 受付時間は8:30~18:00までとなります。(* 土曜日は8:30~12:00)
 休日・時間外での申し込みがあった場合は、翌平日の10:00までにご回答いたします。
- 物忘れ外来など専門外来のファックス等での予約受付は行っておりません。患者様ご家族様等からの電話にて予約受付を行っております。
- 市立恵那病院地域医療連携室 電話:0573-20-1186内線2173 FAX:0573-20-1192
 当日の検査予約はできませんのでご了承ください。
- この書式は当院ホームページからもダウンロードできます。(<https://www.enahosp.jp/chapter-detail.php?funcid=2&cid=13&cpid=25>)