

※該当項目には、□チェック、○印あるいは記入をお願いします。

宛先 社会医療法人 天神会 FAX:0942-38-2294

フリーダイヤル 0120-885-086 TEL:0942-38-2292

外来紹介依頼書 兼 診療情報提供書

年 月 日

紹介者	貴医療機関名		診療科	
	住所		貴医師名	(印)
	電話	FAX	ご担当の方	

患者情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 歳
情報	現住所	電話() -		
	<input type="checkbox"/> 入院中の患者 (<input type="checkbox"/> 退院予定 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定)			

希望施設・検査内容	<input type="checkbox"/> 新古賀病院 <input type="checkbox"/> 古賀病院21 <input type="checkbox"/> 新古賀クリニック
	希望診療科[科] 希望医師[] <input type="checkbox"/> 医師へ事前連絡済
	<input type="checkbox"/> 診察のみ <input type="checkbox"/> 診察+検査 <input type="checkbox"/> 入院依頼
	<input type="checkbox"/> 検査のみ ・検査予約日(年 月 日 []) 画像提供方法(<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要) ・受診希望日 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土) (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後)
検査内容	【希望検査】 <input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI (造影 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ・ <input type="checkbox"/> RI ・ <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 内視鏡 (<input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部) <input type="checkbox"/> その他 []
	・指定部位 [] ※造影有の場合、腎機能のわかる採血データがあれば添付をお願い致します。 ・来院方法 (<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 救急車以外) ・移動方法 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー)

診療情報	主訴及び傷病名と紹介目的
	既往歴及び家族歴
	症状経過及び治療経過、検査結果等

現在の処方
