



診察依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

診療依頼	診療科・担当医			
	科		医師 <input type="checkbox"/> 医師指定なし	
	<input type="checkbox"/> 本日受診希望	<input type="checkbox"/> 電話予約済	<input type="checkbox"/> 早期希望	<input type="checkbox"/> いつでも可
	<input type="checkbox"/> 希望日	第一希望日	月 日 ()	
		第一希望日	月 日 ()	
第一希望日		月 日 ()		
<input type="checkbox"/> 入院中 (紹介元医療機関に入院中の場合、①チェックを入れてください)				
紹介元医療機関	医療機関名			
	住所			
	医師氏名			
	TEL		FAX	
患者情報	フリガナ	(セイ)	(メイ)	性別
	患者氏名	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 歳		
	住所	〒		
	電話番号	TEL () -		
	保険情報	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自賠責保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 自費() <input type="checkbox"/> その他()		
病名 (紹介目的)				
症状経過 治療経過 検査結果 現在の処方				

※ 至急(患者さんが待機されている等で返事が急ぎで必要な場合は、①チェックを入れてください)

※ 紹介内容の詳細は、別紙(診療情報提供書)を事前にFAXか当日ご持参いただくようお願いいたします。

※ 地域連携課 受付時間 月曜日 ~ 金曜日 8:30~17:30

時間外の受付は翌日(平日)返信になりますのでご了承ください。

〒525-8585 滋賀県草津市矢橋町1629-5 社会医療法人誠光会 淡海ふれあい病院
 つなぐステーション 地域連携担当
 TEL 077-516-2140(直)/077-516-2121(代)