



診察(外来・検査)依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

診療依頼	☐ 診察 ☐ 入院希望なし ☐ 入院希望あり (☐ 開放型病床希望) ☐ 検査 ☐ 頸動脈エコー ☐ 腹部エコー ☐ 甲状腺エコー ☐ 心エコー ☐ 脳波 ☐ ホルター心電図 ☐ 胃カメラ (☐ 経口 ☐ 経鼻) (☐ 鎮静希望あり)				診療科・担当医	
	☐ 本日受診希望 ☐ 希望日 { 第一希望日 月 日 () 第二希望日 月 日 () 第三希望日 月 日 () ☐ 電話連絡済 ☐ 早期希望				科 医師 ☐ 医師指定なし	
☐ 入院中 (紹介元医療機関に入院中の場合、 ☒ 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 () -					
◆貴院にて次のいずれかを算定している場合は、 ☒ をお願いします。 ☐ 地域包括診療加算 ☐ 地域包括診療料 ☐ 小児かかりつけ診療料 ☐ 在宅時医学総管理料 ☐ 施設入居時等医学総管理料 ☐ 算定なし						
来院方法	☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー ☐ 救急車 ☐ サポートカー					
フリガナ	(セイ)	(メイ)		性別	被保険者氏名	続柄
患者氏名	(姓)	(名)	(旧姓)	☐ 男 ・ ☐ 女		
住 所	〒 -					
電話番号	TEL () -					
生年月日	☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 ☐ 西暦 年 月 日生 (歳)					
保険情報	☐ 健康保険 ☐ 生保 ☐ 自賠責保険 ☐ 労災保険 ☐ 自費 () ☐ その他 ()					
言語について	日本語で会話ができる ☐ はい ☐ いいえ 受診時通訳同伴の有無 ☐ 有 ☐ 無 母国語 ()					
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、チェックを入れてください)

※地域連携受付 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～19:00 ・ 土曜日 8:30～12:30

※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1660 社会医療法人誠光会 淡海医療センター
 患者総合支援センター 地域連携受付
 TEL 077-516-2511(直)/077-563-8866(代)