



診察(外来・検査)依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

診療依頼	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院希望なし <input type="checkbox"/> 入院希望あり ( <input type="checkbox"/> 開放型病床希望 ) <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 胃カメラ ( <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 ) ( <input type="checkbox"/> 鎮静希望あり )				診療科・担当医	
	<input type="checkbox"/> 本日受診希望 <input type="checkbox"/> 希望日 { 第一希望日 月 日 ( ) 第二希望日 月 日 ( ) 第三希望日 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 電話連絡済 <input type="checkbox"/> 早期希望				科 _____ _____ 医師 _____ <input type="checkbox"/> 医師指定なし	
<input type="checkbox"/> 入院中 ( 紹介元医療機関に入院中の場合、 <input checked="" type="checkbox"/> 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、 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。						
<input type="checkbox"/> 地域包括診療加算		<input type="checkbox"/> 地域包括診療料		<input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料		
<input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理料		<input type="checkbox"/> 施設入居時等医学総合管理料		<input type="checkbox"/> 算定なし		
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩		<input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	<input type="checkbox"/> 救急車					
フリガナ	(セイ)	(メイ)		性別	被保険者氏名	
患者氏名	(姓)	(名)	(旧姓)	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
住所	〒            -					
電話番号	TEL (            )            -					
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 日生 (            歳 )			
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 (            )			
言語について	日本語で会話ができる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ    受診時通訳同伴の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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)