



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 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	続柄
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)