



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 ()			
第二希望日		月 日 ()				
	<input type="checkbox"/> 入院中 (紹介元医療機関に入院中の場合、㊟チェックを入れてください)					
検査	CT	<input type="checkbox"/> 単純	部位			
	<input type="checkbox"/> 超音波(心臓・腹部・頸動脈) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> ABI・CAVI <input type="checkbox"/> 体成分分析(inBody)					
紹介元	医療機関・施設名					
	住 所					
	医師氏名					
	TEL			FAX		

患者基本情報

フリガナ	(セイ)	(メイ)	旧姓	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 日生 (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、㊟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。
- ※ 検査結果は後日郵送となります。
- ※ 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)