

年 月 日

診療依頼	診療科・担当医			
	科		医師 ☐ 医師指定なし	
	☐ 本日受診希望	☐ 電話予約済	☐ 早期希望	☐ いつでも可
	☐ 希望日	第一希望日 月 日 ()	第二希望日 月 日 ()	
☐ 入院中 (紹介元医療機関に入院中の場合、④チェックを入れてください)				
検査	☐ CT ☐ 単純		部位	
	☐ 心臓エコー ☐ 腹部エコー ☐ フィブロスキャン ☐ 頸動脈エコー			
	☐ 下肢静脈エコー ☐ 下肢動脈エコー ☐ 心電図 ☐ CAVI/ABI/TBI ☐ tcpO2			
紹介元	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 ☐ 慢性透析患者外来医学管理料				
☐ 在宅時医学総合管理料 ☐ 施設入居時等医学総合管理 ☐ 算定なし				
フリガナ	(セイ)	(メイ)	旧姓	性別
患者氏名	(姓)	(名)		☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 ☐ 西暦 年 月 日生 (歳)			
住 所	〒			
電話番号	TEL () -			
保険情報	☐ 健康保険 ☐ 生保 ☐ 自賠責保険 ☐ 労災保険			
	☐ 自費() ☐ 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、④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。