

# 診療情報提供書(兼)受診依頼票

平成 年 月 日

JA愛知厚生連

## 豊田厚生病院

科 先生

<受診希望日> ①平成 年 月 日( ) 医療機関名  
 ②平成 年 月 日( )  
 ③平成 年 月 日( ) 医師名 (印)  
 本日受診希望  
 ネット予約済(予約確定日に日時を記載)  
 <その他希望事項>

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

<予約確定日> 平成 年 月 日( ) 時 分

依頼内容	1. 外来診察依頼	2. 入院依頼	3. 転院依頼 (入院→入院)
フリガナ			
患者氏名	男・女 様	生年月日	明・大 昭・平 年 月 日( 歳)
住所	〒 -	TEL	
<b>保険証を受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。</b>			
傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 手術目的 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン            (その他: )		
<既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々>			
検査結果等の添付: レントゲン・CT・MRI・心電図・超音波検査(部位: )・その他( )			
※救急車の場合はチェック→ <input type="checkbox"/> 救急車で来院		登録医記入: 入院の場合、開放病床利用 (1. 希望 2. 希望無し)	
【外来除く】 認知症 → 有・無		【外来除く】 ADL → 自立・要介助・寝たきり	
【来院方法】 独歩・車イス・ベッド		【ペースメーカー】 有・無	



JA愛知厚生連

### 豊田厚生病院 地域医療連携課

〒470-0396 愛知県豊田市浄水町伊保原500-1 URL: <http://toyota.jaikosei.or.jp/>  
 地域医療連携課専用TEL(0565)43-5077 地域医療連携課専用FAX(0565)43-5030  
 【対応時間】 平日9:00~19:00 第1・3土曜日9:00~12:00 (時間外・休日は救命救急センター外来対応)