**診療情報提供書(兼)受診依頼票**

(医療機関→ＦＡＸ→患者)

**** 　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生

**□FAX予約**＜受診希望日＞　　**□いつでも可**

医療機関名

医師名

TEL

FAX

①令和　　 年　　 月　　 日( )

②令和　　 年　　 月　　 日( )

③令和　　 年　　 月　　 日( )

**□ネット予約**

令和　　 年　　 月　　 日( )　　時　　分

**□本日受診希望　　□救急車**

＜その他希望事項＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 豊田厚生病院記入欄　＜予約確定日＞　令和　　　年　　　月　　　日(　　)　　　時　　　分 | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | |  | | 男・女 | 生年  月日 | | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日（　　歳） |
| 患者氏名 |  | | | 旧姓  様 | |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | | | | | | TEL | | 自宅 |
| 携帯 |
| 受診当日の状況 | | 通院中　　・　　入院中 | | | 豊田厚生  受診歴 | | 有（ＩＤ　　　　　　　　）・　無 | | |
| ペースメーカー | | 有　　　・　　　無 | | |  | | | | |
| **保険証とお薬手帳を持参するようご指導をお願いいたします** | | | | | | | | | |
| 依頼内容 | １．外来診察依頼 | | ２．転院依頼（入院→入院） | | | | |  | |
| 紹介目的 | □精査・加療　　□手術目的　　※セカンドオピニオンは別途専用書式にてご依頼願います | | | | | | | | |
| 傷 病 名  主　　訴 |  | | | | | | | | |
| <既往歴・家族歴／経過及び検査結果／現在の処方等々>　　□別紙参照 | | | | | | | | | |
| 添付資料：　Ｘ-Ｐ　・ ＣＴ ・ ＭＲＩ ・ 心電図 ・ 超音波検査（部位：　 　　　） ・ その他（　　　　　　　　　　　　　）  返却の有無：　有　　無  **尚、受診後に診療結果及び、今後の診療方針等についてご連絡をお願いいたします。** | | | | | | | | | |
| 登録医記入欄：入院の場合、開放病床利用（1.希望 2.希望無し） | | | | | | | | | |



地域医療連携課.2023/12/1.ホームページ用