

診療情報提供書 (受診依頼票)

令和 年 月 日

豊田地域医療センター

科 先生

- FAX 予約 《希望日》 いつでも可
- 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 自家用車

<その他事項>

紹介先医療機関記入 <予約確定日> 令和 年 月 日 () 時 分

医療機関名
医師名 (印)
TEL
FAX

フリガナ		旧姓	男・女	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者氏名		様			
住 所	〒 -		TEL	自宅 携帯	
受診当日の状況	通院中・入院中	医療センター受診歴	有 (ID)・無		
ペースメーカー	有 ・ 無				
保険証とお薬手帳を検査当日に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. 入院依頼 3. 転院依頼 (入院→入院)				
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 <input type="checkbox"/> その他 :				
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> <input type="checkbox"/> 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 ()					
【来院方法】	独歩 ・ 車イス ・ ベッド	【外来除く】	ADL → 自立 ・ 要介助 ・ 寝たきり		
【外来除く】	認知症 → 有 ・ 無				