※患者間違いを防ぐために当院 「**受診歴の有無**」 「**患者ID」** を出来るだけご記載いただくようご協力お願いいたします。

**患者紹介状(診療情報提供書)**

【患者情報】　　　　　　　↓当院の患者IDが分かれば記載してください　【紹介元】

当院の受診歴：□無・□有→ 患者ID(　 - - ) 紹 介 日 年　 　 月 　　日

ふりがな 　 医療機関名

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 医 師 名 　　科

Ｔ・ＳＨ・Ｒ

生年月日　　　　　 　年　 　月 　 　日(　 　歳) TEL 　 　　　( 　　)

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 FAX 　　 　　( 　　)

　 □外来患者の紹介　　　□入院中の患者の紹介

(TEL　　　　　　　　　　 　 　)(携帯　　　　　　　　　　 　)

【診療紹介】

紹介科　　　　 　 　　　　科　　　 　 　　　　医師(医師の指定がある場合)

□外来診療　　□転院　　□セカンドオピニオン　　□診療情報の照会　 　□連携パス

【検査のみ紹介】（**CT･MRI･PET/CT･心筋SPECT**については、専用の申込用紙がございますのでそちらをご利用ください）

□エコー（部位　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）　□心電図 　　 　□ホルター心電図

□トレッドミル　　　□筋電図　　 □ABI　　□脳波　　□心リハCPX　　□睡眠ポリソムノグラフィ

□呼吸機能　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

□核医学（RI）　□骨　 □脳血流SPECT　 □脳DATスキャン　 □腫瘍炎症　 □甲状腺（I-123・Tl-201）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　□骨密度（※測定部位　□腰椎　　□腰椎＋右股関節　□腰椎＋左股関節）

　　　　結果報告（　　ＣＤ　　　　　紙レポート　　）←お手数ですが○印をおつけください。

【希望日】　□**本日(緊急)**（ 来院方法：□救急車　□自家用車　□その他　　　　　　　　　　　　　 ）

□**後日** □いつでも良い

□不都合日 (① 　　　② 　　　③　 　　　　）

【診療情報提供書】（貴院の書式でもかまいません）

傷病名

既往歴

今回の疾患に関して実施済み検査　□血液検査　□画像（□X-P　□CT　□MRI）□心電図　□超音波　□内視鏡　□病理

診療情報：

※ 出来るだけ「処方」「検査データ」「検査報告書」などもご送付お願いします。

**【休診日･時間外の紹介先】**

**救命救急センター**

**FAX 0267-88-7297**

**【診療時間内の紹介先】**

**地域医療連携室**

**FAX 0267-88-7248**

**佐久総合病院(本院)**

[**TEL 0267-82-3131**](TEL:0267-62-8181)**(代表)**

**地域医療連携室**

**FAX 0267-81-1114**

**佐久医療センター**

[**TEL 0267-62-8181**](TEL:0267-62-8181)**(代表) 　TEL 0267-88-7316（連携室直通）**