**患者紹介状(診療情報提供書)**

※佐久医療センターの「地域医療連携室」は、「佐久総合病院（本院）」と「佐久医療センター」 両院の紹介窓口となっています。

**【**患者基礎情報】 【紹介元】

ふりがな 　 紹 介 日 年　 　 月 　　日

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 　 医療機関名

T ・ S

H ・ R

生年月日　　　　　 　年　 　月 　 　日(　 　歳) 医 師 名

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 TEL 　 　　　( 　　)

　 FAX 　　 　　( 　　)

電話( 　　　　　　　) 携帯( 　　　　　　　　　　) 　□外来患者の紹介　　□入院中の患者の紹介

【診療紹介】**（検査申込は別紙がございます。）**

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

【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の検査

□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 0267-88-7208**

**【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(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(代表) 　TEL 0267-88-7316（連携室直通）**