

患者紹介状(診療情報提供書)

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

【患者情報】

↓当院の患者IDが分かれば記載してください

当院の受診歴: 無・有 → 患者ID(_____)

お名前

氏名 _____ (男・女)

生年月日 ^{T・S} _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

住所 -

(TEL _____)(携帯 _____)

【紹介元】

紹介日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 科 _____

TEL _____ (_____)

FAX _____ (_____)

外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

【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・TI-201))
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。

佐久医療センター

TEL 0267-62-8181(代表) TEL 0267-88-7316(連携室直通)

【診療時間内の紹介先】

地域医療連携室

FAX 0267-88-7248

【休診日・時間外の紹介先】

救命救急センター

FAX 0267-88-7297

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